

CIUDAD PEREIRA

FECHA 30-05-24

ACTA N° LC157-24

TIPO DE ESTABLECIMIENTO:

Ensamble menú ☐

Ensamble refrigerio ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*** CAMPO OBLIGATORIO**

RAZÓN SOCIAL

Instituto Kennedy de la manelita

*CÉDULA / NIT

891411813-0

*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

1-0

*NOMBRE COMERCIAL

Pase Institución educativa Kennedy

*DIRECCIÓN

Cra 14 calle 12 este

MATRÍCULA MERCANTIL

1-0

*DEPARTAMENTO

Risaralda

*MUNICIPIO

perera

Barrio ☒

Vereda ☐

Comuna ☒

Localidad ☐

Sector ☐

Corregimiento ☐

Caserío ☐

UPZ ☐

Otro ☐

Cuét: BANU Kennedy Comuna Oriente

TELÉFONOS

3314546

FAX

1-0

CORREO ELECTRÓNICO

Instituto Kennedy.edu@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO

Alcaldía de perera

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

C.C. ☐

C.E. ☐

NIT ☒

Número de documento

891450035-2

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

Luis Eduardo Montoya

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

C.C. ☒

C.E. ☐

NIT ☐

Número de documento

1-0

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

Calle 14 calle 12 este

*DEPARTAMENTO

Risaralda

*MUNICIPIO

perera

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO

6am-1:pm 10-11

*NÚMERO DE TRABAJADORES

1

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA
ÚLTIMA
INSPECCIÓN

dia / mes / año

FAVORABLE

☒

FAVORABLE CON
REQUERIMIENTOS

☐

DESFAVORABLE

☐

% DE CUMPLIMIENTO
DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN

%

100

***MOTIVO DE LA VISITA**

PROGRAMACIÓN

SOLICITUD DEL INTERESADO

ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS

SOLICITUD OFICIAL

EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/
PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.

OTRO

Especifique:

EVALUACIÓN

Acceptable (A)

Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar

Acceptable con Requerimiento (AR)

Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar

Inacceptable (I)

Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar

No Aplica (NA)

Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Acceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.

Crítico (C)

Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	Localización y diseño. (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.6)	<u>(2)</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	
1.2	Condiciones de pisos y paredes. (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2)	<u>(2)</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	
1.3	Techos, iluminación y ventilación. (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8)	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>Art 9 # 4 no se evidencian Ageo en Restaurante</u>

Scanned with
 CamScanner™

ACTA N° 1 JC45724

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Solacione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como critico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
96.5%	FAVORABLE	90-100%	
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
	DESFAVORABLE	< 59,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
----	----	-------

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

El personal manipulador es responsable / solidario de
garantizar adecuadas condiciones

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 03 del mes de AGOSTO del año 2024 en la Ciudad de PEREIRA.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE/LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

FIRMA: <i>[Signature]</i>	FIRMA:
NOMBRE: <i>Julen Valentín Carden</i>	NOMBRE:
CÉDULA: <i>13307435</i>	CÉDULA:
CARGO: <i>tecnico</i>	CARGO: <i>[Signature]</i>
INSTITUCIÓN: <i>SSE + S7</i>	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA: Diana Salazar	FIRMA:
NOMBRE: Diana Patricia Salazar	NOMBRE:
CÉDULA: 42130763	CÉDULA:
CARGO: manipuladora	CARGO:

La Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes, es responsable del tratamiento de sus datos personales que le son solicitados desde sus actividades de I.V.C., los cuales serán utilizados para el desarrollo de su misión. De otro lado, por su naturaleza, los datos que tienen carácter de públicos pueden estar contenidos en estas actas, sin autorización del titular art 10 Ley 1581 de 2012.