| ALCALDIA DE POPAYÁN | F-GS-SP-SA1-29 |
|---|---|
| | VERSION 02 |
| ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS | Página 1 de 4 |

2024160023047 |

CIUDAD: Popayan FECHA: 30 05 24 ACTA N°: 01-2024

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: ALMACENAMIENTO A TEMPERATURA AMBIENTE [X] DADOR DE FRÍO [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud - Municipal

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Linda Omaira Fuentes Meneses

*CÉDULA / NIT: 34523323 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 19001345233 23

*NOMBRE COMERCIAL: Deposito Sapra

*DIRECCIÓN: Cra 17 # 14-16 Bod 11 MATRICULA MERCANTIL: 127123

*DEPARTAMENTO: Cauca *MUNICIPIO: Popayan

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserio [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: La Ladera

TELÉFONOS: 8353349 / 3155113894 FAX: —

CORREO ELECTRÓNICO: depositosapra14@6mail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Linda Omaira Fuentes Meneses

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 34523323

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Linda Omaira Fuentes Meneses

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 34523323

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cra 17 # 14-16 Bd 11

*DEPARTAMENTO: Cauca *MUNICIPIO: Popayan

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:00 Am / 12:00pm / 2:00pm-6 *NÚMERO DE TRABAJADORES: 24

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | día / mes / año: 14 / 04 / 23 | FAVORABLE | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 94 % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | | | |
| | | DESFAVORABLE | | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | | SOLICITUD DEL INTERESADO | X | 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

| | |
|---|---|
| Aceptable (A) | Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Aceptable con Requerimiento (AR) | Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Critico (C) | Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y debe aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores |

## CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

| ITEM | EDIFICACION E INSTALACIONES | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | **Localización y diseño.** *(Resolución 2674/2013, Articulo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.6.)* | (4) | 2 | 0 | C |
| 1.2 | **Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Articulo 7, Numeral 1, 2.)* | (4) | 2 | 0 | C |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.3 | **Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numerales 3, 4, 5.1, 7, 8. )* | 4 | 2 | 0 | C |
| 1.4 | **Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4.)* | 5 | 2.5 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 17 | La calificación del bloque corresponde al 17% del total del acta |
| 2 | **EQUIPOS Y UTENSILIOS** | A | AR | I | HALLAZGOS |
| 2.1 | **Condiciones de equipos y utensillos.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)* | 7 | 3.5 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 7 | La calificación del bloque corresponde al 7% del total del acta |
| 3 | **PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS** | A | AR | I | HALLAZGOS |
| 3.1 | **Estado de salud (signos/lesiones).** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)* | 8 | 4 | 0 | C |
| 3.2 | **Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | 3 | 1,5 | 0 | C |
| 3.3 | **Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.) | 8 | 4 | 0 | C |
| 3.4 | **Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)* | 3 | 1,5 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 22 | La calificación del bloque corresponde al 22% del total del acta |
| 4 | **REQUISITOS HIGIENICOS** | A | AR | I | HALLAZGOS |
| 4.1 | **Recepción y requisitos legales.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, Artículo 37. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011.)* | 7 | 3.5 | 0 | C |
| 4.2 | **Condiciones de almacenamiento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 28, numerales 1, 4, 5, 6, 7.)* | 8 | 4 | 0 | C |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.3 | **Conservación de los productos.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3 Artículo 27, literales a y c, Artículo 28, numerales 2, 3.)* | 8 | 4 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 23 | La calificación del bloque corresponde al 23% del total del acta |
| 5 | **SANEAMIENTO** | **A** | **AR** | **I** | **HALLAZGOS** |
| 5.1 | **Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 3. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9. )* | 5 | 2,5 | 0 | C |
| 5.2 | **Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)* | 5 | 2,5 | 0 | C |
| 5.3 | **Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)* | 4 | 2 | 0 | C |
| 5.4 | **Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 26, Numeral 3.)* | 9 | | 0 | C |
| 5.5 | **Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 1 y 2. Resolución 2674/2013, Artículo 26 Numeral 1.)* | 6 | 3 | 0 | C |
| 5.6 | **Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)* | 2 | 1 | 0 | * Se evidencia registro de control de residuos sin diligenciar. C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 30 | La calificación del bloque corresponde al 31% del total del acta |

## III. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 99 | X | FAVORABLE | 90-100% |
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | 60 - 89,9% |
| | | DESFAVORABLE | < 59,9% |

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico 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.

## IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

## V. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

## VI. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

| Si | No | Cuál: |
|---|---|---|

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

**Por parte del establecimiento:**

Diga A. Joaya J.

## VII. NOTIFICACIÓN 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 30 del mes de 05 del año 24 en la Ciudad de Popayan

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: | | FIRMA: | |
| NOMBRE: | Yurdee Bautista | NOMBRE: | |
| CÉDULA: | 76321431 | CÉDULA: | |
| CARGO: | Apoyo profesional | CARGO: | |
| INSTITUCIÓN: | SSM. | INSTITUCIÓN: | |
| **POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO** | | | |
| FIRMA: | Diga A Joaya J | FIRMA: | |
| NOMBRE: | Diga Augusto Joaya | NOMBRE: | |
| CÉDULA: | 1065097844 | CÉDULA: | |
| CARGO: | Control de Inventarios2 | CARGO: | |

| ALCALDIA DE POPAYAN | F-GS-SP-SA1-32 |
|---|---|
| | Version: 01 |
| FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS | Página 1 de 1 |

DEPARTAMENTO: Cauca | MUNICIPIO: Popayan | FECHA: 28-05-24

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 19 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 001 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 19001345233 23

**IDENTIFICACION DEL SUJETO**
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

**PERSONA JURÍDICA**

RAZÓN SOCIAL: ——

NOMBRE COMERCIAL: ——

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] | Número de Identificación Tributaria: ——

**PERSONA NATURAL**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: Deposito Sapra

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: Linda Omaira Fuentes Heneses

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] | Número de documento: 34 523 323

**IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO**
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: Cra 17 # 14-16 bod 11

Rural [ ] | Urbano [X] | Barrio: la ladera | Vereda: [ ]

Comuna [ ] | Localidad [ ] | Sector [ ] | Corregimiento [ ] | Caserío [ ] | UPZ [ ]

Otro [ ] | Cuál: ——

TELÉFONO: 8353349 | FAX: —— | CELULAR: 3185113894

CORREO ELECTRÓNICO: depositosapra14@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA: Cra 17 # 14-16 bod 11

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: —— | Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Popayan | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cauca

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Preparación Alimentos | Restaurante | | Expendio Alimentos | Expendio | | Venta Vía Pública | Puesto fijo o estacionario | | |
| | Cafetería | | | Productos de la pesca | | | Puesto móvil o ambulante | | |
| | Panadería y/o Pastelería | | Grandes Superficies | Hipermercado / Supermercado | | | Estacionario con preparación de alimentos | | |
| | Jugos, Fruta Na y/o Heladería | | Ensamble Alimentos | Ensamble menú | | | Ambulante con preparación de alimentos | | |
| | | | | Ensamble refrigerio | | | Expendio Bebidas Alcohólicas | | |
| Comedores | Programas sociales del estado | | Almacenamiento | Almacenamiento a temperatura ambiente | X | Plazas de Mercado | Plaza de Mercado | | |
| | Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC) | | | Dador de frío | | | Central de Abasto | | |

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

**PREGUNTAS PARA EL EXPEDIDOR TERRITORIAL DE SALUD**
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: 30 08 24 | Ultimo concepto sanitario emitio: Favorable

Funcionario que realiza Inscripción: Yirdee Bautista

**OBSERVACIONES**
Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

——

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

——

**ENTREGADO POR:** (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Diver Yoyoth Joaqui I | FIRMA: [signature]

CÉDULA: 1065097044 | EN CALIDAD DE: Administrativo

**RECIBIDO POR:** (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: Yirdee BAUTISTA | FIRMA: [signature]

CÉDULA: 76321431 | EN CALIDAD DE: Apoyo profesional

Se entrega copia al interesado.