invima	**FORMATO ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS**	**Código: GS-IVCSA-FO-001** **Versión: 01** **Fecha: 13/09/2018**

CIUDAD: EL PEÑON | FECHA: 26/11/2019 | ACTA N°: 13-268PAO30

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante ☐ Cafetería ☐ Panadería ☐ Fruteria ☐ Comidas rápidas ☐ Comedores ☒ Cual:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPOS OBLIGATORIOS

RAZÓN SOCIAL: Corporacion para el desarrollo integral de la familia

*CÉDULA / NIT: 806010344 5 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 13268806010344 5

*NOMBRE COMERCIAL: edimundo infantil

*DIRECCIÓN: Clle 6 #9-05 barrio las flores | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: BOLIVAR | *MUNICIPIO: EL PEÑON | EL PEÑON

Barrio ☒ Vereda ☐ Comuna ☐ Localidad ☐ Sector ☐ Corregimiento ☐ Caserío ☐ UPZ ☐

Otro ☐ Cual: LAS FLORES

TELÉFONOS: 3113895926 | FAX:

CORREO ELECTRÓNICO: edimundo infantilpenon@gmail.com.

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Estela Vallejo Sampayo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC ☐ CE ☐ NIT ☐ Número de documento: 33.209.507

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Estela Vallejo Sampayo

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC ☒ CE ☐ NIT ☐ *Número de documento: 33.209.507

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: clle 6 #9-05

*DEPARTAMENTO: Bolivar | *MUNICIPIO: Penon

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 08:00 - 16:00 | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 12

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
	dia-mes-año	FAVORABLE			— %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	Y		
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	x	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

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
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 Aceptable (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.; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)*	(2)	1	0	✓ C

Scanned with CamScanner

CIUDAD: EL PEÑON | FECHA: 26/11/2024 | ACTA N°: 13-268PA030

1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)*	(2)	1	0	C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)*	(2)	1	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)*	4	(2)	0	No tenia tapa la caneca C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			8	La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	(5)	2,5	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	(7)	3,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta 12

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	**Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	(7)	3,5	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	(2)	1	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.)*	7	(3,5)	0	Los manipuladoras no se encuentran con el uniforme C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	(2)	0	Una de las manipuladoras se encuentra con el certificado de BPM vencido C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			14,5	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta 14,5

Scanned with CamScanner

CIUDAD: EL PEÑON | FECHA: 26/11/2015 | ACTA N°: 13-268PA030

4	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 69. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	5	2,5	0	Se evidencian algunos alimentos directo al suelo sin estibas. C
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)*	9			C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3,5	0	C
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	4	2	0	Se evidencian algunos alimentos almacenados incorrectamente. NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(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.)*	7	3,5	0	Se evidencia que cuentan con suficiente agua pero no se evidencia certificado de la potabilidad del Agua. no cuentan con equipos que garantice la calidad de Agua. C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	4	2	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			C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5. Artículo 28 Numeral*	7	3,5	0	

Scanned with CamScanner

CIUDAD	EL PEÑON	FECHA	26/11/2024	ACTA N°	13-268PA030

5.6	Soportes documentales de saneamiento. (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)	2	1	0	C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	29,5	La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
84,5	FAVORABLE	90-100%
	X 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.

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 | X No | Cuál:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

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 26 del mes de nov del año 2024 en la Ciudad de El Peñon.

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: Fabiola Coll V.	FIRMA: E Benitez R
NOMBRE: FABIOLA MARGARITA COLL VEGA	NOMBRE: EVER DE JESUS BENITEZ RAMIREZ
CÉDULA: 33.332.909	CÉDULA: 9.140.497
CARGO: INGENIERO DE ALIMENTOS	CARGO: TECNICO AREA SALUD
INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR	INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	FIRMA: Yuvixa E Lobo T
NOMBRE: Jose F. Selvanos Almanza	NOMBRE: Yuvixa Esther Lobo Torres
CÉDULA: 1012945363	CÉDULA: 1216977116
CARGO: Coordinador Pedagogico.	CARGO: Apoyo en Salud y Nutrición

Scanned with CamScanner

	SECRETARIA DE SALUD	Código: GD-VCSA-FO-040
	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Versión: 01
		Fecha: 28/07/2020

DEPARTAMENTO: BOLIVAR | MUNICIPIO: El Peñon | FECHA: 26/11/2024

CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 13 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 268 | NUMERO DE INSCRIPCION: 13268

IDENTIFICACIÓN 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: Corporacion para el desarrollo Integral de la familia

NOMBRE COMERCIAL: cdi mi mundo infantil

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [X] | Número de Identificación Tributaria: 806010344-5.

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [ ] C.E. [ ] | Número de documento:

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: Clle 6 #9-05

Rural [ ] | Urbana [X] | Barrio: Las Flores | Vereda:

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

Otro [ ] | Cual:

TELEFONO: | FAX: | CELULAR: 3118899926

CORREO ELECTRÓNICO: cdi mi mundo infantil penon@gmail.com.

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISICA: Clle 6 #9-05 Barrio Las flores.

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: cdimimundo infantilpenon@gmail.com | Autoriza la notificación electrónica? SI [X] NO [ ]

MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Peñon | DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: BOLIVAR

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

Preparación de 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	
	Asad. Pizzería y/o Heladería		Ensambles Alimentos	Productos de la pesca			Ambulante con preparación de alimentos	
				Hipermercado / Supermercado		Expendio de Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado	X	Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores comunitarios o penitenciarios (USPEC)			Cadena de frío			Centros 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 2752 de 2013 y Decreto 1500 de 2011)

EXCLUSIVO PARA LA AUTORIDAD 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: | Ultimo concepto sanitario emitido:

Funcionario que realiza inscripción:

OBSERVACIONES:

Por parte de la autoridad sanitaria cuando se realice 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: Jose Fernando Sehuanes Almanza | FIRMA: | EN CALIDAD DE: Coordinador Pedagogico.

CEDULA: 1052945363

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

NOMBRE COMPLETO: EVER BENITEZ L | FIRMA: X | EN CALIDAD DE: TEC. AREA SALUD DPTAL BOL

CEDULA: 9.710.497

Se entrega copia al interesado

Scanned with CamScanner