

		CUADRO DE PROVEEDORES DE ALIMENTOS SUBDIRECCION PARA LA VEJEZ													
															FORMATO NO CONTROLADO
UNIDAD OPERATIVA: CAMINPOS DE VIDA															
LUGAR : FINCA TRANQUILANDIA CHINAUTA															
FECHA : JULIO DE 2022															
NUTRICIONISTA : LESLY PAOLA FONTALVO ALVAREZ															
Nombre del Proveedor	Productos o alimentos que suministra	Concepto sanitario del establecimiento de preparación de alimentos / Otro tipo				Nombre del manipulador de alimentos	Carné de manipulación	Certificado de aptitud para manipular alimentos	Exámenes de laboratorio	Certificado de transporte de alimentos					Observaciones
		Concepto	Numero de actas	Fecha de registro	Fecha de Vencimiento		Fecha de registro	Fecha de registro	Fecha de registro	Concepto	Placas del vehículo	Número de acta	Fecha de registro	Fecha de Vencimiento	
Surtitido Distribuciones la Bodeguita de Andres	Abarrotes, frutas, verduras, tuberculos, lacteros, huevos, panaderia y productos carnicos	Favorable con un cumplimiento del 100%	Acta No. 10-0730	12/07/2022	12/07/2023	Jorge Leonardo Godoy	12/07/2022	13/07/2022	12/07/2022	Favorable	TGT 403	Acta No. 25348526	20/12/2021	20/10/2022	

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.)	13	6,5	0		C
3.4	Educación y Capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	6	3	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				36	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta	
4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
4.1	Limpieza del vehículo. (Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)	15	7,5	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				15	La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta	
5	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
5.1	Condiciones de conservación del producto. (Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013 Art. 29, Núm. 6, 7, 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)	20		0		C
5.2	Empaque, Rotulado y vida útil. (Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)	5	2,5	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione 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 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.
	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:

Validada x 10 Meses

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 20 del mes de D.C. del año 2021 en la Ciudad de SILVANIA.

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: MANUEL FRANCISCO RINCÓN ORDOÑEZ	NOMBRE:
CÉDULA: 11.375.964	CÉDULA:
CARGO: TECNICO DE SANEAMIENTO	CARGO:
INSTITUCIÓN: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Oscar Elroy Dorado	NOMBRE:
CÉDULA: 94403215	CÉDULA:
CARGO: Conductor	CARGO:

CIUDAD FUSAGASUGA FECHA 12/07/2022 ACTA N° 10-0730
TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Expendio ☒ Expendio con operaciones de porcionado, troceado, acondicionamiento ☐
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGA

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO
RAZÓN SOCIAL Yaneth Faride Godoy Peña
* CÉDULA / NIT 39618290 * NÚMERO DE INSCRIPCIÓN —
* NOMBRE COMERCIAL Surtido Distribuciones la Bodega de Andres SAs
* DIRECCIÓN Cra 3 # 11-19 MATRÍCULA MERCANTIL —
* DEPARTAMENTO Cundinamarca * MUNICIPIO FUSAGASUGA
Barrio ☐ Vereda ☐ Comuna ☐ Localidad ☐ Sector ☐ Corregimiento ☐ Caserio ☐ UPZ ☐
Otro ☐ CUM El Yelcar
TELÉFONOS 3187865990 FAX —
CORREO ELECTRÓNICO distribuidoroandres293@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO Yaneth Faride Godoy Peña
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento 39618280
* NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Yaneth Faride Godoy Peña
* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ * Número de documento 39618280
* DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cra 3 # 11-19
* DEPARTAMENTO Cundinamarca * MUNICIPIO FUSAGASUGA
* HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO Dom. y Dom. 6AM-8PM NÚMERO DE TRABAJADORES 5

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN — día / mes / año
FAVORABLE ☐ FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS ☐ DESFAVORABLE ☐
% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN — %

* 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 —

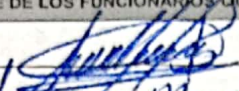
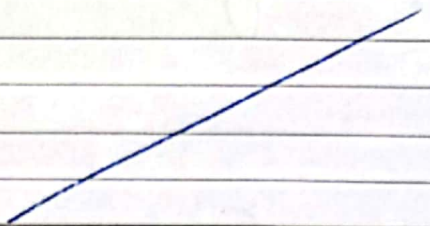
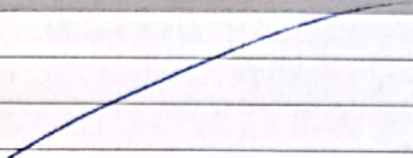
EVALUACIÓN

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
Localización y construcción.				
1.1 (Resolución 2674/2013, Art. 6, Numeral 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.4, 2.6 y 2.7, Art. 31 Numeral 1, 2.)	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	
Condiciones de pisos, paredes y drenajes.				
1.2 (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 1.1, 1.2, 1.4, Numeral 2, 2.1, 2.2, Art. 31 Numeral 1, 2.)	<u>1,5</u>	<u>0,75</u>	<u>0</u>	No se evidencian los formas Redondeadas entre las uniones de las paredes y entre las uniones de pisos con paredes
Techos, puertas, iluminación y ventilación.				
1.3 (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8, Art. 31 Numeral 1, 2.)	<u>1,5</u>	<u>0,75</u>	<u>0</u>	
Instalaciones sanitarias.				
1.4 (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, Art. 31 Numeral 1, 2.)	<u>3</u>	<u>1,5</u>	<u>0</u>	
Áreas de exhibición y venta				
1.5 (Resolución 2674 de 2013 Art. 6, Numeral 2.3, 2.5, Art. 31, Numeral 1, 2.)	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	

Pertenece al Acta No 0730

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: Luciano Martinez @	NOMBRE:
CÉDULA: 11382505	CÉDULA:
CARGO: Aut sanitaria	CARGO:
INSTITUCIÓN: Sec Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Yaneth Godoy Peña	FIRMA: 
NOMBRE: Yaneth Godoy Peña	NOMBRE:
CÉDULA: 39618280	CÉDULA:
CARGO: Propietaria	CARGO: