invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**FORMATO DE VERIFICACION DE ROTULADO**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ANEXO ACTA DE VISITA

Ciudad y Fecha: _____

Nombre del establecimiento: _____

Nombre del Producto: _____

ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado, en forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.				
No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.				
Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.				
No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.				
El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.				
Contiene la lista de ingredientes.				
El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.				
Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión “fabricado o envasado por”. Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.				
Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra “lote”, o la letra “L”.				

MUESTRA OFICIAL

FORMATO DE VERIFICACION DE ROTULADO

ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL_____

Firma _____ Firma _____

Documento de identidad_____ Documento de identidad_____

Cargo _____ Cargo _____

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE VISITA – DILIGENCIA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

En _____, a los _____ días del mes de _____ de 20____, se hicieron presentes los funcionarios_____, de_____ en el establecimiento denominado: _____, ubicado en la_____, NIT_____ Teléfono: _____ fax o correo electrónico_____, con el fin de_____. La visita fue atendida por _____, identificado con C.C_____ en calidad de _____a quien se le informó el objeto de la visita.

OBJETIVO DE AL VISITA

_____

_____

_____

ANTECEDENTES **SI** ☐ **NO** ☐

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DESARROLLO DE LA VISITA (DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MUESTRA OFICIAL

_____

_____

_____

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Para constancia se firma por quienes intervinieron en la presente diligencia el día _____ del mes de _____ de 20____, de acuerdo a la normatividad sanitaria vigente.

Por la Entidad Territorial

Firma _____ Firma _____

Nombre _____ Nombre_____

Documento de identidad_____ Documento de identidad_____

Cargo _____ Cargo _____

Responsable del establecimiento:

Firma _____ Firma _____

Nombre _____ Nombre_____

Documento de identidad_____ Documento de identidad_____

Cargo _____ Cargo _____

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**ACTA DE TOMA DE MUESTRA** **ACTA y/o Consecutivo No. _____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

Fecha _____ Hora: _____ Nombre y dirección del productor: _____

Razón Social Establecimiento _____ Dirección _____ Teléfono _____ Tipo Establecimiento _____

Ciudad, municipio u otro _____ Departamento _____ Representante Legal _____

Vehículo (tipo) _____ No. de placa _____ Propietario _____

No. de orden	No. U/M o producto	Contenido neto gr o cc por unidad	Nombre del producto, marca y presentación	T°C	Tipo de envase	Número de lote o fecha de vencimiento (si aplica)	Registro Sanitario (si aplica)	Fabricante y dirección

CONVENCIONES: U/M: Unidades por muestra del mismo lote; T: temperatura. El número de unidades por muestra dependen de la norma de cada producto.

Se deja contramuestra oficial: **SI** ☐ **NO** ☐ Se deja contramuestra en poder del interesado: **SI** ☐ **NO** ☐

Sitio de almacenamiento del producto muestreado**:** _____

ANÁLISIS SOLICITADOS:

OBSERVACIONES:

Firman las personas que intervinieron en la presente diligencia:

Por parte de la Entidad de Salud Territorial.

Firma _____

Nombre _____

Cargo y entidad _____

C.C. Nº _____

Por parte del establecimiento o responsable del producto.

Firma _____

Nombre _____

Cargo y entidad _____

C.C. Nº _____

Recibe laboratorio: **Nombre** _____ **Firma** _____ **Fecha** _____ **Hora** _____ **T** ____ **°C**

MUESTRA OFICIAL

	**ACTA DE LEVANTAMIENTO DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD.** **Acta Nro. _____**	

En _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____, los funcionarios de la Entidad Territorial de Salud (ETS) _____ identificados como abajo aparece, en ejercicio de funciones oficiales visitaron las instalaciones del establecimiento:

Razón social y/o Nombre comercial: _____
Actividad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Representante legal: _____
y procedieron al **LEVANTAMIENTO** de la medida sanitaria de seguridad consistente en _____ impuesta al establecimiento (o producto) denominado _____, ubicado en la dirección citada anteriormente, según acta de Aplicación de Medida Sanitaria Nro. _____ de fecha _____.

Se procede al levantamiento de la Medida Sanitaria, motivado en _____
_____
_____

Esta actuación se realiza con fundamento en lo establecido en la ley 9 de 1979 y su reglamentación, especialmente la normatividad_____ expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para constancia firman los funcionarios que realizaron la presente diligencia.

Firma	_____	Firma	_____
Nombre	_____	Nombre	_____
C.C.	_____	C.C.	_____
Cargo	_____	Cargo	_____

Responsable o propietario del establecimiento **Testigo**

Firma	_____	Firma	_____
Nombre	_____	Nombre	_____
C.C.	_____	C.C.	_____
Cargo	_____	Cargo	_____

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**FORMATO ANEXO DE DESNATURALIZACIÓN.** **FORMATO Nro. ____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD Nro. _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

FECHA: _____

Nombre (Producto)	Presentación Comercial	Fecha de Vencimiento	Lote	RS/ PS / NS	Fabricante	Distribuidor	Cantidad
Motivo:							
Motivo:							
Motivo:							
Motivo:							

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**FORMATO ANEXO DE DESNATURALIZACIÓN.** **FORMATO Nro. ____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

Nombre (Producto)	Presentación Comercial	Fecha de Vencimiento	Lote	RS/ PS / NS	Fabricante	Distribuidor	Cantidad
Motivo:							
Motivo:							
Motivo:							
Motivo:							
PESO TOTAL DE LA DESNATURALIZACIÓN:							

NOTA: En caso que los productos a desnaturalizar no procedan de fábricas de alimentos, diligenciar únicamente los espacios correspondientes a nombre del producto, cantidad y motivo.

RS: Registro Sanitario PS: Permiso Sanitario NS: Notificación Sanitaria

FIRMA POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: _____

SE NOTIFICA POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**FORMATO ANEXO DE DESTRUCCIÓN.** **FORMATO Nro. _____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD Nro. _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

FECHA: _____

Nombre (Producto)	Presentación Comercial	Fecha de Vencimiento	Lote	RS/ PS /NS	Fabricante	Distribuidor	Cantidad
Motivo o causal de destrucción:							
Motivo o causal de destrucción:							
Motivo o causal de destrucción:							
Motivo o causal de destrucción:							
Motivo o causal de destrucción:							

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**FORMATO ANEXO DE DESTRUCCIÓN.** **FORMATO Nro. _____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

Nombre (Producto)	Presentación Comercial	Fecha de Vencimiento	Lote	RS/ PS /NS	Fabricante	Distribuidor	Cantidad
Motivo o causal de destrucción:							
PESO TOTAL DE LA DESTRUCCION:							

RS: Registro Sanitario PS: Permiso Sanitario NS: Notificación Sanitaria

NOTA: En caso que los productos a destruir no procedan de fábricas de alimentos, diligenciar únicamente los espacios correspondientes a nombre del producto, cantidad y motivo o causal de destrucción.

En caso de que sea necesario guardarlos de manera temporal mientras se realiza la destrucción por razones de logística u otros, los productos se guardan bajo la absoluta responsabilidad de: _____ en calidad de _____del establecimiento en mención y solo serán entregados cuando se notifique expresamente por la autoridad competente.

FIRMA POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: _____

SE NOTIFICA POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**FORMATO ANEXO ACTA DE CONGELAMIENTO.** **FORMATO Nro. ____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD Nro. _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

FECHA: _____

Nombre (Producto)	Presentación Comercial	Fecha de Vencimiento	Lote	RS/ PS /NS	Fabricante	Distribuidor	Cantidad
Motivo:							
Motivo:							
Motivo:							
Motivo:							
PESO TOTAL DEL CONGELAMIENTO:							

RS: Registro Sanitario PS: Permiso Sanitario NS: Notificación Sanitaria

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**FORMATO ANEXO ACTA DE CONGELAMIENTO.** **FORMATO Nro. ____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

NOTA: En caso que los productos en congelamiento no procedan de fábricas de alimentos, diligenciar únicamente los espacios correspondientes a nombre del producto, cantidad y motivo o causal de destrucción.

Los productos se guardan bajo la absoluta responsabilidad de: _____ en calidad de _____ del establecimiento en mención y solo serán utilizados cuando se notifique expresamente por la autoridad competente.

Se le notifica al propietario de los productos congelados que el término de la medida sanitaria de congelamiento es de sesenta (60) días calendario improrrogables o fecha inferior a la fecha de vencimiento.

POR LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: _____

SE NOTIFICA POR: _____

MUESTRA OFICIAL

FORMATO DE DECOMISO Y REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA

(PRODUCTOS Y/O ELEMENTOS CON MEDIDA SANITARIA DE DECOMISO)

I. DATOS GENERALES

ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD Nro. _____	**FECHA APLICACIÓN DE LA MSS:**	

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

DIRECCION:	**CIUDAD Y/O MUNICIPIO:**	**DEPARTAMENTO:**

FUNCIONARIO QUE APLICA LA MEDIDA		**FIRMA**	

MOTIVO DE APLICACIÓN DE LA MEDIDA SANITARIA:

II. DESCRIPCION DE LOS PRODUCTOS Y/O ELEMENTOS DECOMISADOS

PRODUCTO	FECHA DE VENCIMIENTO	N° DE LOTE	FABRICANTE	PRESENTACION COMERCIAL	RS/PS/NS	DISTRIBUIDOR	CANTIDAD	TIPO DE EMBALAJE (CAJA, BOLSA PLASTICA, FRASCO, CANECA, OTRO)	OBSERVACIONES

NOTA: En caso que los productos decomisados no procedan de fábricas de alimentos, diligenciar únicamente los espacios correspondientes a producto, cantidad y tipo de embalaje.

III. REGISTRO DE CUSTODIA DE LOS PRODUCTOS DECOMISADOS

FECHA DD/MM/AA	HORA A.M./P.M	NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL DECOMISO	FIRMA	IDENTIFICACION	ENTIDAD	CARGO	PROPOSITO DEL TRASLADO O TRASPASO DE LA CADENA DE CUSTODIA	OBSERVACIONES

SE NOTIFICA(N) POR EL ESTABLECIMIENTO:

NOMBRE:_____

CARGO:_____FIRMA_____

C.C., C.E., No _____

NOMBRE:_____

CARGO:_____FIRMA_____

C.C., C.E., No _____

IMPORTANTE

VERIFIQUE QUE EL EMBALAJE NO PRESENTA ALTERACION ALGUNA
SON RESPONSABLES DE LA CADENA DE CUSTODIA TODOS LOS SERVIDORES PUBLICOS Y LOS PARTICULARES QUE TENGAN RELACION CON ESTOS ELEMENTOS. Ley 906 de 2004, Libro II, Título I, Capítulo V. Artículo 255
UNA COPIA DE ESTE REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA DEBERA SER ARCHIVADO Y PERMANECER SIEMPRE EN MEDIO FISICO EN EL AREA DE ALMACENAMIENTO Y EL ORIGINAL EN EL RESPECTIVO EXPEDIENTE O ANTECEDENTE EN LA ETS

NO INTERRUMPA LA CADENA DE CUSTODIA

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD.** **Acta Nro. _____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA A:

_____

(Nombre del establecimiento comercial, sociedad o persona natural)

En_____ a los _____ días del mes de _____del año _____, se hicieron presentes los funcionarios de la Entidad Territorial de Salud (ETS) _____, identificados como abajo aparece, en el establecimiento_____NIT_____ ubicado en _____, teléfono: _____ con el fin de_____
_____
_____
_____

La visita fue atendida por el señor (a) _____ identificado(a) con C.C Número_____ de _____ en calidad de _____
_____

OBJETIVOS:

_____
_____
_____
_____

DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL ESTABLECIMIENTO:

_____
_____
_____
_____

SITUACIÓN SANITARIA ENCONTRADA:

_____
_____
_____

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD.** **Acta Nro. _____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

_____

_____

_____

_____Se hace toma de muestras Si_____No_____, en caso afirmativo relacione el número del acta de toma de muestras _____

Constancia de contra muestras Si_____ No_____ a cargo de _____
_____en calidad de_____

VISTOS:

Teniendo en cuenta la descripción de los hechos citados en el acápite de objetivo y situación encontrada, se establece la obligatoriedad de tomar una decisión sanitaria, en aras de salvaguardar la salud pública.

CONSIDERANDOS:

Que de acuerdo a lo señalado en el artículo 78 de la constitución política de Colombia, donde se establece que la Ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos o prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización. Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.

Que de acuerdo a la Ley 715 de 2001, en el artículo 44.3.3.1. Le corresponde a los Municipios. Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico.

El artículo 33 de la Resolución 1229 de 2013 establece que las medidas sanitarias aplicables al modelo de inspección, vigilancia y control sanitario, serán las establecidas en la Ley 09 de 1979, el Decreto 3518 de 2006 y las normas que los modifiques, adiciones o sustituyan.

Que para esta visita de inspección, control y vigilancia, se ha delegado a los funcionarios, _____
_____ de la ETS de_____, pudiendo ser acompañados por los contratistas (profesionales o técnicos) _____

Que en cumplimiento al objeto contractual desarrollan y apoyan las actividades de _____

Que de conformidad con la situación sanitaria_____
_____
_____
_____
encontrada en_____

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD.** **Acta Nro. _____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

_____se hace necesario aplicar la Medida Sanitaria de Seguridad consistente en_____

Por_____

MUESTRA OFICIAL

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.	**ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD.** **Acta Nro. _____**	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

_____

_____

_____

_____

_____

Que los siguientes funcionarios / contratistas (profesionales o técnicos) _____

_____

_____, conceptúan favorablemente sobre la viabilidad de aplicar la medida sanitaria en cita.

Que, en mérito de lo anterior, los funcionarios que asisten a la presente diligencia,

RESUELVEN:

PRIMERO. Aplicar la medida sanitaria de seguridad consistente en_____

_____

_____ de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta decisión, medida que tendrá carácter preventivo, se aplicará sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar y se levantará cuando se compruebe que ha desaparecido las causas que la originaron.

SEGUNDO. Contra la presente decisión no procede recurso alguno.

TERCERO. Copia íntegra de este acto se entregará a la persona que atiende la diligencia de visita.

CÚMPLASE

Funcionarios / Contratistas (profesionales o técnicos)

Nombre	_____	Nombre	_____
Firma	_____	Firma	_____
C.C.	_____	C.C.	_____
Cargo	_____	Cargo	_____

Quienes atienden la diligencia.

Nombre	_____	Nombre	_____
Firma	_____	Firma	_____
C.C.	_____	C.C.	_____
Cargo	_____	Cargo	_____

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA EXPENDIOS DE CARNE Y/O PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL

CÉDULA / NIT | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN | MATRÍCULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

Barrio | Vereda | Comuna | Localidad | Sector | Corregimiento | Caserío | UPZ

Otro | Cuál:

TELÉFONOS | FAX

CORREO ELECTRÓNICO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. | C.E. | NIT | Número de documento

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. | C.E. | NIT | *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

*TIPO DE PRODUCTOS QUE EXPENDE: CARNE Bovina | Porcina | Aves

Otras especies

EXPENDE OTRO TIPO DE PRODUCTOS: SI | NO

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

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

*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

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.** *(Ley 9/1979, Artículo 168, 262. Resolución 3009/2010, Artículo 67: Numeral 1, 2, 10. Resolución 240/2013, Articulo 130: Numerales 1, 2, 10. Resolución 242/2013, Artículo 55: Numerales 1, 2, 10.)*	2	1	0	C

MUESTRA OFICIAL

1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Decreto 1500/2007, Artículo 26: Numeral 1.1.1. Resolución 3009/2010, Artículo 67: Numerales 4, 5, 11.2. Resolución 240/2013, Artículo 130: Numerales 4, 5, 11.2. Resolución 242/2013, Artículo 55: Numerales 4, 5, 11.2.)*	**2**	1	0	**C**
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** (*Decreto 1500/2007, Artículo 26: Numeral 1.1.1. Resolución 3009/2010, Artículo 67: Numerales 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14. Resolución 240/2013, Artículo 130: Numerales 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14. Resolución 242/2013, Artículo 55: Numerales 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14.)*	**2**	1	0	**C**
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 3009/2010, Articulo 67: Numerales 15, 16, 17, 18, 19. Resolución 240/2013, Articulo 130: Numerales 15, 16, 17, 18, 19. Resolución 242/2013, Artículo 55: Numerales 15, 16, 17, 18, 19.)*	**3**	1,5	0	**C**
1.5	**Programa de Mantenimiento de Instalaciones.** (Decreto 1500/2007, Artículo 26, Numeral 1.2.1)	**1**	0,5	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					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.** *(Decreto 1500/2007, Artículo 26: Numeral 1.1.1. Resolución 3009/2010, Artículo 67: Numerales 22, 23 y 24. Resolución 683 de 2012. Resolución 4142 de 2012. Resolución 4143 de 2012. Resolución 240/13 Artículo 130: Numerales 22, 23 y 24. Resolución 242 /2013: Artículo 22: Numeral 2.1, 3.2; Artículo 55: Numerales 22, 23, 24, 32, 33. Resolución 835 de 2013.)*	**5**	2,5	0	**C**
2.2	**Condiciones de los equipos de conservación.** (*Decreto 1500/2007, Artículo 36: Numeral 4. Resolución 3009/2010, Artículo 17: Numeral 3.3.2.1 Literal e; Artículo 66, Numeral 6, 7; Artículo 67: Numerales 25,26,27. Resolución 240/2013, Artículo 129: Numerales 1, 6, 7, Artículo 130: Numerales 25, 26, 27. Resolución 242/2013, Artículo 24: Numerales 1.5, 2.1; Artículo 54: Numerales 7, 8; Artículo 55: Numerales 25, 26, 27)*	**6**	3	0	**C**
2.3	**Programa de Mantenimiento de Equipos y Utensilios.** (Decreto 1500/2007, Artículo 26, Numeral 1.2.1)	**1**	0,5	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

MUESTRA OFICIAL

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	**Estado de salud (signos/lesiones).** *(Decreto 1500/2007, Artículo 26, Numeral 1.1.13. Resolución 3009/2010, Artículo 15: Numeral 1, 3.16; Artículo 67: Numeral 21.2. Resolución 240/2013, Artículo 14: Numeral 1; Artículo 15; Artículo 17: Numeral 16; Artículo 130: Numeral 21.2. Resolución 242/2013, Artículo 13: Numeral 1; Artículo 14; Artículo 16: Numeral 16; Artículo 55: Numeral 21.2.)*	6	3	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** (Resolución 3009/2010, Artículo 15: Numerales 1; Artículo 67: Numeral 21.2. Decreto 1500/2007, Artículo 26: Numeral 1.1.13. Resolución 240/2013, Artículo 14: Numeral 1; Artículo 15. Resolución 242/2013, Artículo 13: Numeral 1; Artículo 14)	2	1	0	C
3.3	**Prácticas higiénicas.** (Resolución 3009/2010, Artículo 15: Numerales 3.1, 3.6, 3.7, 3.8, 3,11, 3.12, 3.14, 3.15. 3.17, 3.19; Artículo 67: Numeral 21. Resolución 240/2013, Artículo 14: Numeral 3; Artículo 17: Numerales 1, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19; Artículo 130, Numeral 21.2. Resolución 242/2013, Artículo 13: Numeral 3; Artículo 16: Numerales 1, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 19)	6	3	0	C
3.4	**Dotación personal.** (Resolución 3009/2010, Artículo 15: Numerales 3.2, 3.3, 3.10, 3.13, 3.18, 3.20. Resolución 240/2013, Artículo 17: Numerales 2, 3, 10, 13, 18, 20. Resolución 242/2013, Artículo 16: Numerales 2, 3, 10, 13, 18, 20)	5	2,5	0	C
3.5	**Educación y Capacitación.** (Resolución 3009/2010, Artículo 67: Numeral 21.3; Artículo 69: Numerales 1, 2, 3, 6. Resolución 240/2013, Artículo 14: Numeral 2; Artículo 132: Numerales: 1, 2, 4. Resolución 242/2013, Artículo 13: Numeral 2; Artículo 57: Numerales 1, 2, 4)	3	1,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 22% del total del acta
4	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Recepción de materia prima.** (Ley 09 de 1979 Artículo 345. Decreto 1500 de 2007, Artículo 31: Numeral 4.2.2; Artículo 36, Numeral 1, 3; Artículo 41. Resolución 2009026594 de 2009 (en las especies que aplique). Resolución 3009/2010, Artículo 66: Numeral 3; Artículo 67: Numerales 28, 29. Resolución 240/2013, Artículo 129: Numeral 3; Artículo 130: Numerales 28, 29. Resolución 242/2013, Artículo 54: Numeral 4; Artículo 55: Numerales 28, 29)	6	3	0	C

MUESTRA OFICIAL

4.2	**Trazabilidad** (Decreto 1500/2007, Artículo 26: Numerales 1.2.2; Artículo 36: Numeral 5. Resolución 242/2013, Artículo 22: Numeral 3.3; Artículo 55: Numeral 32.)	**3**	1,5	0	**C**
4.3	**Empaque y etiquetado** (Resolución 402 de 2002. Decreto 1500 de 2007 Artículo 14, Numeral 1, 2, 3; Artículo 42, Numeral 1, 5, 6, 7, 8, 9. Resolución 5109 de 2005. Resoluciones 683, 4142, 4143 de 2012 y 834 de 2013. Resolución 3009/2010 Articulo 67 Numeral: 32. Resolución 222/1990 Artículo 3. Resolución 240/2013 Artículo 130: Numeral 32; Resolución 242 /2013 Articulo 55: numeral 31)	**3**	1,5	0	**NA** **C**
4.4	**Manejo de temperaturas.** (Ley 9 de 1979, Art. 425. Decreto 1500/2007 Artículo 8, Parágrafo 1. Decreto 2270 de 2012 Artículo 5. Resolución 3009/2010 Artículo 17: Numeral 3.3.2.2, Literal b; Numeral 3.3.2.3, Literal a; Artículo 66 Numeral: 2.1, 2.2, 6; Artículo 67 Numeral: 27. Resolución 240 de 2013 Artículo 129 numeral: 2, 4; Artículo 130: Numeral 27. Resolución 242/2013, Artículo 22: Numeral 2.2, 3.1; Artículo 54: Numerales 3, 5; Artículo 55: Numerales: 27, 32)	**7**		0	**C**
4.5	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resolución 3009/2010, Artículo 17: Numeral 3.3.2.2, Literal a, c, d, e; Numeral 3.3.2.3, Literal j. Articulo 67: Numeral 31, 32. Resolución 240/ 2013 Artículo 129; Numerales 1, 7; Artículo 130: Numeral 30, 31; Resolución 242/2013, Articulo 22: Numeral 2.3; Artículo 54: Numeral 2; Artículo 55: Numeral 30, 32, 36)*	**5**	2,5	0	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 24% del total del acta
5	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 1500/2007, Artículo 26: Numerales 1.1.11.1, 1.1.11.2, 1.1.11.3. Decreto 1575 de 2007, Artículo 10: Numeral 2. Resolución 2115/2007, Artículo 9. Resolución 3009/2010, Artículo 67: Numeral 3. Resolución 240/2013, Artículo 130: Numeral 3. Resolución 242/2013, Artículo 55: Numeral 3*)	**6**	3	0	**C**
5.2	**Residuos líquidos.** *(Decreto 1500/2007, Artículo 26: Numeral 1.1.9. Resolución 3009/2010, Articulo 67: Numeral 20. Resolución 240/2013, Artículo 130: Numeral 20. Resolución 242/2013, Artículo 22: Numeral 2,4; Artículo 55: Numeral 20, 32)*	**3**	1,5	0	**C**
5.3	**Residuos sólidos.** *(Decreto 1500/2007, Artículo 26: Numeral 1.1.9. Resolución 3009/2010, Articulo 67: Numeral 20. Resolución 240/2013, Artículo 130: Numeral 20. Resolución 242/2013, Artículo 55: Numeral 20)*	**5**	2,5	0	**C**

MUESTRA OFICIAL

5.4	**Control integral de plagas.** *(Decreto 1500/2007, Artículo 26: Numeral 1.1.8.)*	**6**	3	0	**C**
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Decreto 1500/2007, Artículo 26, Numeral 1.1.12 Resolución 3009/2010, Articulo67: Numeral 12. Resolución 240/2013, Artículo 130: Numeral 12. Resolución 242/2013, Artículo 55: Numerales 12, 38)*	**6**	3	0	**C**
5.6	**Soportes documentales.** *(Decreto 1500/2007, Artículo 26, Numerales 1.1.8, 1.1.9, 1.1.11)*	**2**	1	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 28% del total del acta

6	**ACTIVIDADES SECUNDARIAS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
6.1	**Condiciones del área de desposte o sección de desprese.** *(Decreto 1500 de 2007: Artículo 8, Parágrafo 1; Resolución 240 de 2013: Artículo 130, Numerales 1 y 2; Resolución 3753 de 2013: Nota Instructivo Anexo; Resolución 242/2013, Artículo 22; Artículo 55: Numeral 32)*	**4**	2	0	**NA** **C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 4% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	**CONCEPTO.** Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		**NIVEL DE CUMPLIMIENTO**
		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.

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:

MUESTRA OFICIAL

Por parte del establecimiento:

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA PARA ALIMENTOS Y BEBIDAS EN GRANDES SUPERFICIES

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: GRAN SUPERFICIE ☐ GRAN SUPERFICIE CON PREPARACION DE ALIMENTOS ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN | MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

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

Otro ☐ Cuál:

TELÉFONOS | FAX

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

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

*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:

EVALUACION

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
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	**1.1. Localización y diseño.** (*Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,3 y 2.6, 2.7; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8.)*	2	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos, paredes y drenajes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)*	2	1	0	C

MUESTRA OFICIAL

1.3	**Techos, puertas, 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.)*	**3**	1,5	0	**C**
1.5.	**Distribución y áreas** *(Resolución 2674 de 2013, Art. 6 Numeral 2.2; 2.3; 2.4; 2.5. Art. 31 Numeral 1, 2 y 4*)	**2**	1	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 11% 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.)*	**3**	1,5	0	**C**
2.2	**Diseño y funcionamiento de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 10 Numeral 3, 5; Art. 18 Numeral 3.3; Art. 22 Numeral 2, Art. 31 Numeral 1; 2; 3.)*	**3**	1,5	0	**C**
2.3	**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)*	**4**	2	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta
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.)*	**5**	2,5	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.)	**6**	3	0	**C**
3.4	**Educación y capacitación.** (*Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	**3**	1,5	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 16% del total del acta

MUESTRA OFICIAL

4	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Control de materias primas e insumos.** (*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.)*	4	2	0	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.)*	7		0	C
4.3	**Control de Proceso.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 16 Numeral 3; Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	3	1,5	0	C
4.4.	**Operaciones de envasado y embalaje** *(Resolución 2674 de 2013 Art 17; Art 19. Resolución 683, 4142 y 4143 de 2012. Resolución 834 y 835 de 2013.)*	3	1,5	0	C
4,5	**Procedencia y requisitos legales.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 31 parágrafo 2. Art. 37. Resolución 5109 de 2005; Decreto 1686 de 2012 Art 46; 47; 49; 50.)*	4	2	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 21% del total del acta
5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10; Resolución 2115 de 2007, Artículo 9. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8.)*	4	2	0	C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	2	1	0	C
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3; Artículo 32, Numeral 5; Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7)*	2	1	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	7		0	C

MUESTRA OFICIAL

5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1.)*	**4**	2	0	C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	**3**	1,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 22% del total del acta

6	ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN	A	AR	I	HALLAZGOS
6.1	**Condiciones generales de almacenamiento.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 1, 3, 4, 6, 7; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4.)*	**5**	2,5	0	C
6.2	**Manejo y conservación de productos refrigerados o congelados.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 2; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 4 .)*	**10**	5	0	C
6.3	**Manejo y exhibición de productos que se expenden a temperatura ambiente.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 3, 4; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 6.)*	**5**	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
		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.

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:

MUESTRA OFICIAL

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante ☐ Cafetería ☐ Panadería ☐ Frutería ☐ Comidas rápidas ☐ Comedores ☐ Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN | MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

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

Otro ☐ Cuál:

TELÉFONOS | FAX

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

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

*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

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
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

MUESTRA OFICIAL

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	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
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	C
3.4	**Educación y capacitación.** (*Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	**4**	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta
4	**REQUISITOS HIGIENICOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89. 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	C

MUESTRA OFICIAL

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**		0	**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	**NA** **C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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	**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**		0	**C**
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	**7**	3,5	0	**C**
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	**2**	1	0	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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
		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.

MUESTRA OFICIAL

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:
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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.
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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA EXPENDIOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN | MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

Barrio | Vereda | Comuna | Localidad | Sector | Corregimiento | Caserío | UPZ

Otro | Cuál:

TELÉFONOS | FAX

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. | C.E. | NIT | Número de documento

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. | C.E. | NIT | *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		PENDIENTE			
		DESFAVORABLE			

*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

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.** *(Decreto 1686 de 2012 Artículo 23. Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3; 2.6, 2.7 Artículo 84 y 85).*	2	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Decreto 1686 de 2012 Artículo 24. Numerales 1 y 2. Artículo 84 y 85).*	2	1	0	C

MUESTRA OFICIAL

1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Decreto 1686 de 2012 Artículo 24. Numerales 3 y 7.1, 7.2, 8.2. Artículo 84 y 85).*	**2**	1	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Decreto 1686 de 2012 Artículo 23. Numerales 6.1, 6.2, 6.3. Artículo 84 y 85) .*	**4**	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta
2	**PERSONAL MANIPULADOR DE BEBIDAS ALCOHOLICAS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
2.1	**Estado de salud.** (*Decreto 1686 de 2012. Articulo 26. Articulo 28. Numeral 10. Articulo 84)*	**7**	3,5	0	C
2.2	**Prácticas higiénicas.** *(Decreto 1686 de 2012. Articulo 28. Numerales 1,2,3,4,5,6,7,8,9)*	**7**	3,5	0	C
2.3	**Educación y capacitación.** (*Decreto 1686 de 2012. Articulo 27)*	**5**	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 19% del total del acta
3	**ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACION**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
3.1	**Condiciones de equipos y utensilios y Superficies de contacto con las bebidas alcohólicas.** *(Decreto 1686 de 2012. Artículo 25. Numerales 1, 2,8. Artículo 30 Parágrafo. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	**6**	3	0	C
3.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Decreto 1686 de 2012. Artículo 25. Numeral 1.*	**6**	3	0	C
3.3	**Condiciones de almacenamiento** *(Decreto 1686 de 2012. Artículo 82. Numerales 2, 4, 5, 6, 7 y 8).*	**7**	3,5	0	NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 19% del total del acta
4	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4.1	**Suministro y calidad de agua potable.** (*Decreto 1686 de 2012 Articulo 23, Numeral 3. Articulo 86. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9. Decreto 1575 de 2007. Artículo 10 Numeral 3)*	**7**	3,5	0	C

MUESTRA OFICIAL

4.2	**Residuos líquidos.** (*Decreto 1686 de 2012. Articulo 23. Numeral 4. Articulo 86)*	**6**	3	0	C
4.3	**Residuos sólidos.** (*Decreto 1686 de 2012. Articulo 23. Numeral 5. Artículo 25. Numeral 7. Articulo 86)*	**6**	3	0	C
4.4	**Control integral de plagas.** *(Decreto 1686 de 2012. Art. 35 Numeral 3)*	**9**		0	C
4.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Decreto 1686 de 2012. Artículo 23 Numeral 6.4). Artículo 82. Numeral 1; Artículo 35 Numeral 1)*	**7**	3,5	0	C
4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1686 de 2012. Artículo 35; Artículo 86).*	**3**	1,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 38% del total del acta

5	**VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO.**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1	**Procedencia de bebidas alcohólicas.** *(Decreto 1686 de 2012. Artículo 46, 47. Artículo 82, Numeral 3)*	**9**		0	C
5.2	**Leyendas obligatorias.** *(Decreto 1686 de 2012 Artículo 50)*	**5**	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 14% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
		FAVORABLE	90-100%
		PENDIENTE	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	No	Cuál:

MUESTRA OFICIAL

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.
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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

*** CAMPO OBLIGATORIO**

*NOMBRE DEL PROPIETARIO

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento

*PLACA DEL VEHÍCULO | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

TELÉFONOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*CLASE DEL VEHÍCULO: Camioneta ☐ Camión ☐ Moto ☐ Otro ☐ Cuál

*MARCA | *MODELO | *COLOR

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI ☐ NO ☐

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

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

*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	CALIFICACIÓN
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
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 DEL VEHÍCULO

1	DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	Diseño sanitario del vehículo. (*Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367,368,369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)*	12	6	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
2.1	Condiciones de los utensilios. (*Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	12	6	0	C	
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta	

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
3.1	Estado de salud. *(Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)*	13	6,5	0	C	

MUESTRA NO OFICIAL

3.2	Reconocimiento Médico *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	**4**	2	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.)*	**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				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				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				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
		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.

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:

Por parte del establecimiento:

MUESTRA OFICIAL

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____. 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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE CARNE Y/O PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA: día / mes /año | ACTA N°

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

*** CAMPO OBLIGATORIO**

*NOMBRE DEL PROPIETARIO

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN — C.C. | C.E. | NIT | Número de documento

TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO

*DIRECCIÓN DOMICILIO

*MUNICIPIO DOMICILIO | *DEPARTAMENTO DOMICILIO

*NOMBRE DEL CONDUCTOR

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN — C.C. | C.E. | NIT | Número de documento

*PLACA DEL TRANSPORTE | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*UNIDAD DE TRANSPORTE: TIPO FURGON | TIPO REMOLQUE | TIPO SEMIREMOLQUE

PLACA DEL REMOLQUE O SEMIREMOLQUE

CUENTA CON AUTORIZACIÓN SANITARIA DE TRANSPORTE — SI | NO

*CAJA, CONTENEDOR O CISTERNA, CON AISLAMIENTO TÉRMICO (ISOTERMO) — SI | NO

*CUENTA CON UNIDAD DE FRIO — SI | NO

*PRODUCTO QUE TRANSPORTA: POLLO | CERDO | BOVINO/BUFALINOS | PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES (VISCERAS) | OTRA ESPECIE | Cuál _____

*HORARIO Y DÍAS DE OPERACIÓN

*NÚMERO DE TRABAJADORES (INCLUIDO CONDUCTOR Y AYUDANTE(S))

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		PENDIENTE O FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*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	CALIFICACIÓN
Aceptable (A)	Marque con una X cuando el vehículo 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 vehículo cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el vehículo no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
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

El Vehículo debe estar cargado al momento de realizar la inspección

I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

1	REQUISITOS DEL VEHÍCULO	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	Diseño sanitario del vehículo. *(Resolución 3009/2010, Art. 68 Numeral 1.1, 1.2, 1.5; Resolución 2505/2004. Art. 4.; Resolución 240/2013, Art. 131 Numeral 1.1, 1.2, 1.5, 3.7; Resolución 242/2013, Art. 56 Numeral 1.1, 1.2, 1.7, 3.6.)*	**11**	**5,5**	**0**	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			11	La calificación del bloque corresponde al 11% del total del acta

MUESTRA OFICIAL

2	REQUISITOS EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	Condiciones de los equipos y utensilios *(Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; Resoluciones 834 y 835 de 2013; Resolución 3009/2010, Art. 68 Numeral 1.3, 1.4, 2.1, 2.2; Resolución 240/2013, Art. 131 Numeral 1.3, 1.4, 2.1, 2.2; Resolución 242/2013, Art. 56 Numeral 1.3, 1.4, 2.1, 2.2)*	**11**	**5,5**	**0**	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			11	La calificación del bloque corresponde al 11% del total del acta
3	**PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
3.1	Estado de salud *(Resolución 3009/2010, Art. 15 Numeral 1, Art. 68 Numeral 4.1,Resolución 240/2013, Art. 14 Numeral 1, Art. 15, Art. 131 Numeral 4; Resolución 242/2013, Art. 13, Art. 14, Art. 56 Numeral 4.1)*	**11**	**5,5**	**0**	**C**
3.2	Reconocimiento Médico *(Resolución 3009/2010, Art. 15 Numeral 1, Art. 68 Numeral 4.1, Resolución 240/2013, Art. 14 Numeral 1, Art. 15, Art. 131, Numeral 4; Resolución 242/2013, Art. 13, Art. 14, Art. 56 Numeral 4.1)*	**4**	**2**	**0**	**C**
3.3	Prácticas higiénicas *(Resolución 3009/2010 Art. 15 Numeral 3; Resolución 240/2013, Art. 14 Numeral 3, Art. 17; Resolución 242/2013, Art. 13 Numeral 3, Art. 16)*	**11**	**5,5**	**0**	**C**
3.4	Educación y Capacitación *(Resolución 3009/2010 Art. 15 Numeral 2, Art. 68 Numeral 4.1, Art. 69 Numeral 1 y 2; Resolución 240/2013, Art. 14 Numeral 2; Art. 132, Numeral 1; Resolución 242/2013, Art. 13 Numeral 2, Art. 57 Numeral 1)*	**6**	**3**	**0**	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			32	La calificación del bloque corresponde al 32% del total del acta
4	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4.1	Limpieza del vehículo. *(Resolución 3009/2010, Art. 68 Numeral 4.2 y parágrafo; Resolución 240/2013, Art. 131 Numeral 4.1 y su parágrafo; Resolución 242/2013, Art. 56 Numeral 4.2, 4.3)*	**11**	**5,5**	**0**	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			11	La calificación del bloque corresponde al 11% del total del acta
5	**REQUISITOS HIGIENICOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1	Procedencia Materia Prima *(Ley 09/1979, Artículo 344; Resolución 402 de 2002, Art. 5; Resolución 5109 de 2005; Decreto 1500/2007, Art. 39 Numeral 2; Resolución 3009/2010 Art. 68 Numeral 3.1; Resolución 240/2013, Art. 62, 114, 131 Numeral 3.1; Resolución 242/2013, Art. 56, Numeral 3.1)*	**11**	**5,5**	**0**	**C**
5.2	Condiciones de Transporte *(Resolución 3009/2010, Art. 68 Numeral 3.2, 3.3, 3.4, 3.5; Resolución 240/2013, Art. 131 Numeral 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 Resolución 242/2013, Art. 56 Numeral 3.2, 3.4, 3.5, 3.6)*	**11**	**5,5**	**0**	**C**
5.3	Cadena de Frío *(Decreto 1500/2007, Art. 39; Resolución 3009/2010, Art. 66 Numeral 3; Resolución 240/2013, Art. 129 Numeral 3; Resolución 242/2013 Numeral 4)*	**13**		**0**	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			35	La calificación del bloque corresponde al 35% del total del acta

MUESTRA OFICIAL

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
		FAVORABLE	80 -100%	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 las sanciones a que haya lugar y MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva sobre el producto transportado, en este caso el vehículo no podrá realizar el transporte de carne y/o productos cárnicos comestibles.
		DESFAVORABLE	< 79,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL VEHÍCULO

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

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el vehículo 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:

Por parte del responsable del vehículo:

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL RESPONSABLE DEL VEHÍCULO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE TOMA DE EVIDENCIA DE PUBLICIDAD

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD _____ **ACTA N°** _____

FECHA DE LA DILIGENCIA _____

PRODUCTO: _____

MARCA: _____

REGISTRO SANITARIO [x]
PERMISO SANITARIO [ ]
NOTIFICACION SANITARIA [ ]

NUMERO rsad

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD _____

I.IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO, UBICACIÓN y/o EVENTO DE TOMA DE EVIDENCIA

ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

RAZÓN SOCIAL _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL _____
CEDULA _____
DIRECCIÓN _____

SOCIEDAD

RAZÓN SOCIAL _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL _____
NIT _____
DIRECCIÓN _____

EVENTO

NOMBRE DEL EVENTO _____
RESPONSABLE y/o ORGANIZADOR DEL EVENTO _____
DIRECCIÓN _____

II.IDENTIFICACIÓN DEL MEDIO PUBLICITARIO DE TOMA DE EVIDENCIA

REVISTA, PERIODICO.
Edición _____
Página _____
Sección _____
Párrafo _____

FOLLETO, VALLA, VOLANTE.
Dirección _____

CINE.
Empresa cinematográfica _____
Fecha _____ **Hora** _____

RADIO, TELEVISIÓN.
Canal o emisora _____
Espacio _____ **Hora** _____

WEB
dirección Web _____
Fecha de captura del pantallazo

VEHICULO
Placa vehículo _____
Propietario _____

OTRO
Cual? (especifique) _____

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA SITUACIÓN: _____

MUESTRA OFICIAL

ANEXOS :

III.VERIFICACION DE LA PUBLICIDAD		C	NC
1. Ley 9 de 1979 (Aplica para todos los alimentos)			
1.1	No hace alusión a propiedades medicinales, preventivas o curativas, nutritivas o especiales que puedan dar lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento o de la bebida.		x

2. BEBIDAS ENERGIZANTES Resolución 4150 de 2009		C	NC
2.1.	La publicidad contiene las siguientes leyendas obligatorias:		
2.1.1	"Contenido elevado en cafeína". Entre paréntesis debe indicarse el contenido de cafeína expresado en mg/100ml.		
2.1.2	"La Bebida Energizante no previene los efectos generados por el consumo de bebidas alcohólicas".		
2.1.3	"No se recomienda el consumo de bebidas energizantes con bebidas alcohólicas".		
2.1.4	"Este producto solo podrá ser comercializado, expendido y dirigido a población mayor de 14 años".		
2.1.5	"Este producto no es recomendado para personas sensibles a la cafeína".		
2.2	Se vincula con imágenes de contenido sexual de las personas.		
2.3	Se asocia como bebidas recuperadoras de líquidos y electrolitos, o como bebida cuya función nutricional es el remplazo de líquidos y electrolitos.		
2.4	Las leyendas sanitarias deben ocupar al menos el diez por ciento (10%) de la parte inferior de la publicidad.		
2.5	En el mensaje de la publicidad (imágenes o sonidos) participan menores de 14 años.		

3. LECHE Y COMPLEMENTOS PARA LACTANTES Decreto 1397 de 1992		C	NC
3.1	No realiza actividades de publicidad y promoción de alimentos de fórmula para lactantes a nivel de madres, familiares, o del público en general.		
3.2	No se entregan a las madres muestras gratuitas o en venta a bajo precio, obsequios, utensilios, biberones y chupetes.		
	ALIMENTO COMPLEMENTARIO	**C**	**NC**
3.3	No hace mención, alusión o representación gráfica del biberón, chupetes, figuras humanas .		
3.4	No presenta leyendas, dibujos o alusiones directas o indirectas que induzcan a hacer creer que el alimento de fórmula para lactantes es superior a la leche materna o que pretenda limitarla, igualarla o compararla y el utilizar términos como humanizada o maternizada.		
	Leyendas obligatorias	**C**	**NC**
3.5	La leche materna como el mejor alimento para el niño.		
3.6	El producto proporcionado solo es complementario después de los primeros cuatro (4) meses de edad del niño.		
	FORMULA PARA LACTANTES	**C**	**NC**
3.7	No hace mención, alusión o representación gráfica del biberón .		
3.8	Hace mención especifica a exaltar que la leche materna es el mejor alimento para el niño y la utilización del biberón incide negativamente en la calidad y cantidad de la lactancia materna y solo es complementaria a partir de los 4 meses.		
3.9	No presenta leyendas, dibujos o hace alusión directa o indirecta que inducen a hacer creer que el alimento de fórmula para lactantes es superior a la leche materna o que pretenda limitarla, igualarla, compararla y/o utiliza términos como humanizada o maternizada.		
	MATERIAL INFORMATIVO DESTINADO AL PERSONAL DE SALUD	**C**	**NC**
3.10	No hace ofrecimientos gratuitos o subsidiados de cualquier bien o servicio, a usuarios y empleados de los organismos de salud.		
3.11	No ofrece, al personal de salud y a sus familias, gratificaciones, incentivos financieros, materiales y/o muestras gratis de los mismos alimentos y especialmente biberones y chupetes.		

MUESTRA OFICIAL

3.12	No se entregan a las madres muestras gratuitas o en venta a bajo precio, obsequios, utensilios, biberones y chupetes.		
3.13	No realiza publicidad, promoción y exhibición de alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna en los organismos que presten servicios de salud o utilizar cualquier otro mecanismo de promoción que menoscabe la práctica de la lactancia materna.		
3.14	El personal de salud no podrá proporcionar a las madres ni a sus familiares muestras y suministros de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna.		
3.15	No contiene leyendas, dibujos o alusiones directas o indirectas que induzcen a hacer creer que el alimento de fórmula para lactantes es superior a la leche materna o pretende limitarla, igualarla o compararla y el utilizar términos como humanizada o maternizada.		
4. BEBIDAS ALCOHOLICAS Decreto 1686 de 2012		**C**	**NC**
4.1	Declara las leyendas "Prohíbase el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad" y "El exceso de alcohol es perjudicial para la salud".		**x**
4.2	Las leyendas obligatorias para la publicidad son claras, comprensibles, visibles, legibles, y en contraste.		**x**
4.3	La ubicación de las leyendas sanitarias en el material publicitario se expone de forma horizontal y se lee de igual manera.		**x**
4.4	Emplea frases, palabras, signos o emblemas que generan confusión, engaño o duda al consumidor sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del producto. Así mismo, usa términos calificativos que sugieren calidades o propiedades que no posee la bebida alcohólica.	**x**	
4.5	No hace alusión a propiedades medicinales, preventivas, curativas, nutritivas, terapéuticas o productoras de bienestar y salud.	**x**	
4.6	No incorpora imágenes de personas que sean o que parecen ser menores de edad.	**x**	
4.7	No incluye imágenes de mujeres en embarazo.	**x**	
4.8	La velocidad del audio es igual en toda la pieza publicitaria (para radio).		

¿SE APLICA MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD (MSS)?:	**SI**	**NO**
¿CUÁL?:_destrucción	**x**	

IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE EVIDENCIAS TOMADAS:

NÚMERO TOTAL DE EVIDENCIAS QUE ANEXA:

V. ESPACIO PARA FIRMAS

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

FIRMA:	**FIRMA:**
NOMBRE:	**NOMBRE:**
CÉDULA:	**CÉDULA:**
CARGO:	**CARGO:**
INSTITUCIÓN:	**INSTITUCIÓN:**

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	**FIRMA:**
NOMBRE:	**NOMBRE:**
CÉDULA:	**CÉDULA:**
CARGO:	**CARGO:**

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: ALMACENAMIENTO A TEMPERATURA AMBIENTE ☐ DADOR DE FRÍO ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN | MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

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

Otro ☐ Cuál:

TELÉFONOS | FAX

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

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

*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

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
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.)*	4	2	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2.)*	4	2	0	C

MUESTRA OFICIAL

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				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 utensilios.** *(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				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				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

MUESTRA OFICIAL

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					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	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 31% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
		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.

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:

MUESTRA OFICIAL

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____. 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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE CARNE Y PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE CARNE Y/O PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES: REFRIGERADOS [ ] CONGELADOS [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN | MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

Barrio [ ] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS | FAX

CORREO ELECTRÓNICO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

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

*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

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
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	EDIFICACIÓN E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	**Localización y diseño.** *(Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Numeral 1.1.2, Artículo 36 Numeral 5. Resolución 3009 de 2010 Artículo 66. Resolución 0240 de 2013 Artículo 129. Resolución 0242 Artículo 54 Numeral 1)*	4	2	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Numeral 1.1.3, 1.1.4, Artículo 36 Numeral 5. Resolución 3009 de 2010 Artículo 66. Resolución 0240 de 2013 Artículo 129. Resolución 0242 Artículo 54)*	4	2	0	C

MUESTRA OFICIAL

1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Núméral 1.1.3,1.1.5,1.1.6, Artículo 36 Numeral 5. Resolución 3009 de 2010 Artículo 66. Resolución 0240 de 2013 Artículo 129. Resolución 0242 Artículo 54)*	**4**	2	0	**C**
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Núméral 1.1.7. Artículo 36 Numeral 5. Resolución 3009 de 2010 Artículo 66. Resolución 0240 de 2013 Artículo 129. Resolución 0242 Artículo 54)*	**5**	2,5	0	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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 utensilios.** *(Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Numeral 1.1.1 Resolución 3009 de 2010 Artículo 66 Numeral 4. Resolución 0240 de 2013 Artículo 129 Numeral 4. Resolución 0242 Artículo 54 Numeral 5)*	**7**	3,5	0	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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 3009 de 2010 Arítculo 15 Numeral 1. Resolución 0240 de 2013 Artículo 15. Resolución 0242 de 2013 Artículo 14)*	**8**	4	0	**C**
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 3009 de 2010 Arítculo 15 Numeral 1. Resolución 0240 de 2013 Artículo 15. Resolución 0242 de 2013 Artículo 14. Resolución 562 de 2016 Artículo 15.)*	**3**	1,5	0	**C**
3.3	**Prácticas higiénicas.** (Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Numeral 1.1.13. Resolución 3009 de 2010 Arítculo 15 Numeral 3. Resolución 0240 de 2013 Artículo 17. Resolución 0242 de 2013 Artículo 16)	**8**	4	0	**C**
3.4	**Educación y capacitación.** (*Resolución 3009 de 2010 Arítculo 69. Resolución 0240 de 2013 Artículo 132. Resolución 0242 de 2013 Artículo 57)*	**3**	1,5	0	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 22% del total del acta
4	**REQUISITOS HIGIÉNICOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4.1	**Recepción y requisitos legales.** (*Decreto 1500 de 2007 Artículo 36 Núméral 1,2,3. Resolución 3009 de 2010 Artículo 66 Numeral 1,23,4 y5. Resolución 0240 de 2013 Artículo 129 Núméral 1,2,3,4 y 5. Resolución 0242 de 2013 Artículo 54 Núméral 2,3,4,5 y 6; Resolución 402 de 2002)*	**7**	3,5	0	**C**
4.2	**Condiciones de almacenamiento.** *(Decreto 1500 de 2007 Artículo 36 Núméral 4. Resolución 3009 de 2010 Artículo 17 numerales 3.3.2.1, 3.3.2.2 y 3.3.2.3, Artículo 66 Numeral 1,2, 4, 6 y 7. Resolución 0240 de 2013 Artículo 28, Artículo 129 Núméral 1,2,4,6 y 7. Resolución 0242 de 2013 Artículo 24, Artículo 54 Núméral 2,3,5,7 y 8.)*	**8**	4	0	**C**

MUESTRA OFICIAL

4.3	**Conservación de los productos.** *(Ley 9 de 1979. Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Numeral 1.2.4. Decreto 2270 de 2012 Artículo 5. Resolución 0240 de 2013 Artículo 28. Artículo 129 Numeral 1,2 y 7. Resolución 3009 de 2010 Artículo 17 numerales 3.3.2.3, Artículo 66 Numeral 1, 2, 7 y 8. Resolución 0242 de 2013 Artículo 24, Artículo 54 Númeral 1, 2, 7 y 8.*	**8**		**0**	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					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 2115 de 2007, Artículo 9. Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Número 1.1.11*)	**5**	2,5	0	**C**
5.2	**Residuos líquidos.** *(Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Numeral 1.1.9.)*	**5**	2,5	0	**C**
5.3	**Residuos sólidos.** *(Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Numeral 1.1.9. Resolución 351 de 2014.)*	**4**	2	0	**C**
5.4	**Control integral de plagas.** *(Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Numeral 1.18.Decreto 1843 de 1991 o norma que adicione, sustituya o reemplece).*	**9**		0	**C**
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 1 y 2. Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Numeral 1.1.12)*	**6**	3	0	**C**
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Decreto 1500 de 2007 Artículo 26 Núméral 1.1.8, 1.1.9, 1.1.11,1.1.12 1.1.13, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.4 y 1.3.)*	**2**	1	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 31% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
		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.

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:

MUESTRA OFICIAL

VI. OBSERVACIONES
Por parte de la autoridad sanitaria:
Por parte quien atendio la Visita en el establecimiento:

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____. 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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA PARA EXPENDIO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Expendio ☐ Expendio con operaciones de porcionado, troceado, acondicionamiento ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN | MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

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

Otro ☐ Cuál:

TELÉFONOS | FAX

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA 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

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 construcción.** *(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.)*	**2**	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos, paredes y drenajes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1: 1.1, 1.2, 1.4. Numeral 2: 2.1; 2,2; Art. 31 Numeral 1, 2.)*	**1,5**	0,75	0	C

MUESTRA OFICIAL

1.3	**Techos, puertas, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Art. 31 Numeral 1, 2.)*	**1,5**	0,75	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Art. 31 Numeral 1, 2.)*	**3**	1,5	0	C
1.5.	**Áreas de exhibición y venta** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 6. Numeral 2.3; 2.5. Art. 31 Numeral 1; 2.)*	**2**	1	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta
2	**EQUIPOS Y UTENSILIOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
2.1	**Capacidad, diseño y funcionamiento de equipos y utensilios.** (*Resolución 2674 de 2013 Art. 8, Art. 10 Numeral 2,3. Art. 18 numeral 3,1, 3,2 y 3.3. Art 31 Numeral 1; 2; 3 .*)	**6**	3	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	**6**	3	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
3	**PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
3.1	**Estado de salud aparente . (signos/lesiones)** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 2, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	**6**	3	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 y dotación** *(Resolución 2674 de 2013 Art 14 Numeral 1, 2,4, 5, 6, 7, 8, 9, 11. Artículo 31 numeral 4 , artículo 35 numeral 5.)*	**6**	3	0	C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	**5**	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta
4	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4,1	**Suministro y calidad de agua potable.** (*Decreto 561 de 1984, Art. 92. Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	**5**	2,5	0	C

MUESTRA OFICIAL

4,2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4,)*	**2,5**	1,25	0	C
4,3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3)*	**2,5**	1,25	0	C
4.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	**8**		0	C
4.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1.)*	**6**	3	0	C
4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10.* *Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	**4**	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 28% del total del acta
5	**ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1	**Condiciones de almacenamiento** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 1, 2, 3, 4, 6, 7; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4.)*	**8**	4	0	C
5.2	**Manejo y conservación de productos refrigerados o congelados.** (*Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425.* *Decreto 2278 de 1982, Art. Art. 359, 360, 361.* *Decreto 561 de 1984, Art. 31, 32, 33, 34, 35, 36, 90, 100, 101, 102 y 103.* *Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 2; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 4.)*	**9**	4,5	0	NA C
5.3	**Manejo de productos que se expenden a temperatura ambiente.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 3, 4; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 6.)*	**8**	4	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta
6	**REQUISITOS LEGALES**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
6.1	**Procedencia y requisitos legales** *(Decreto 561 de 1984, Art. 73.* *Decreto 1686 de 2012 Art 46; 47; 49; 50.* *Resolución 2674 de 2013 Art. 31 parágrafo 2. Art. 37.* *Resolución 5109 de 2005;)*	**5**	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 5% del total del acta

MUESTRA OFICIAL

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
		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.

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:

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VENTAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN LA VÍA PÚBLICA

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Puesto fijo o Estacionario ☐ | Puesto móvil o Ambulante ☐ | Estacionario con preparación de alimentos ☐ | Ambulante con preparación de alimentos ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

NOMBRE

*DIRECCIÓN (solo para puesto fijos o estacionarios)

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

Ubicación del puesto móvil en el momento de la inspección y sitios que mas frecuenta

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

Barrio ☐ Vereda ☐ Comuna ☐ Localidad ☐ Sector ☐ Corregimiento ☐ Caserío ☐ UPZ ☐
Otro ☐ Cuál:

*NOMBRE DEL PROPIETARIO

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

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

*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

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
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

1.LOCALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL PUESTO DE VENTA Y SUS ALREDEDORES.

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	**Localización y alrededores.** *(Resolución 604 de 1993, Art.1; 2b; 14; 18; 19; 40 Resolución 2674 de 2013, Art. 6. Numeral 1.1; 1.3, Art. 31 Numeral 1; 2.)*	7	3,5	0	C

MUESTRA OFICIAL

1.2	**Estructura física y condiciones de mantenimiento.** *(Resolución 604 de 1993 Art.13 Resolución 2674 de 2013 Art. 6. Numeral 2.1; 2.7, Art. 31 Numeral 1; 2.)*	**6**	3	0	C
1.3	**Acceso a Servicio sanitario** *(Resolución 604 de 1993 Art.15. Res 2674 de 2013 Art.7 Numeral 6.1; 6.2. Art. 31 Numeral 1; 2., Art. 32 numeral 9.)*	**5**		0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 18% del total del acta
2	**SUPERFICIES, EQUIPOS Y UTENSILIOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
2.1	**Equipos y utensilios.** *(Resolución 604 de 1993 Art. 16;26; 28; 29. Resolución 2674 de 2013 Art. 8; 9 Numeral 1; 3; 4; 7 Art 31 Numeral 1; 2; 3.)*	**7**	3,5	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10.)*	**8**	4	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta
3	**PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
3.1	**Estado de salud y reconocimiento médico** *(Resolución 604 de 1993 Art. 7 Resolución 2674 de 2013 Art.11; Art. 14 Numeral 11.)*	**5**	2,5	0	C
3.2	**Presentación personal y prácticas higiénicas.** *(Resolución 604 de 1993 Art. 3; 4; 5; 6; 8 Res 2674 de 2013 Art. 14 Numeral 1; 2; 4; 11.)*	**5**	2,5	0	C
3.3	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 604 de 1993 Art. 9 Resolución 2674 de 2013 Art. 12.)*	**5**	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta
4.	**REQUISITOS DE PREPARACIÓN, SERVIDO, CONSERVACIÓN, ALMACENAMIENTO Y VENTA DE PRODUCTOS.**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4.1	**Manejo, conservación, almacenamiento y venta de productos.** *(Resolución 604 de 1993. Art. 24; 25; 26; 33. Resolución 2674 de 2013 Art. 6 Numeral 2.9; Art.16; 27; Art. 28 Numeral 3; 4. Art.31 Numeral 1, 2, 3, 4 parágrafo 2; Art. 35 Numeral 1; 4; 6.)*	**9**	4,5	0	C

MUESTRA OFICIAL

4.2	**Operaciones de preparación y servido de alimentos.** *(Resolución 604 de 1993. Art. 26; 30; 31; 32; 34; 35; 36. Resolución 2674 Art. 31; 35 numeral 2, 3,4, 7, 10.)*	**9**	4,5	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 18% del total del acta
5	**HIGIENE AMBIENTAL Y SANITARIA**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1	**Suministro, utilización y manejo del agua potable.** *(Resolución 604 de 1993 Art.15; 20; 21. Resolución 2674 de 2013, Art. 6 Numeral 3.1., Art. 31 Numeral 1; 2., Art. 32 numeral 8.)*	**9**		0	**C**
5.2	**Residuos líquidos**. *(Resolución 604 de 1993 Art. 15; 23 Resolución 2674 de 2013 Art 6 Numeral 4.1; 4.2. Art.31 Numeral 1; 2., Art. 32 numeral 5, 6.)*	**6**	3	0	**C**
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 604 de 1993 Art. 15; 22 Resolución 2674 de 2013 Art 6 Numeral 5.1; 5.2., Art.31 Numeral 1 y 2., Art. 32 numeral 6.)*	**5**	2,5	0	**C**
5.4	**Control de plagas.** *(Resolución 2674 de 2013 Art 26 Numeral 3. Art. 31 Numeral 1; 2., Art. 32 numeral 7.)*	**7**	3.5	0	**C**
5.5	**Limpieza y desinfección.** *(Resolución 604 de 1993 Art.13; 17; 19; 28; 29; 34. Resolución 2674 de 2013 Art. 6 Numeral 2.4, Art.31 Numeral 1; 2.)*	**7**	3,5	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 34% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
		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.

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:

MUESTRA OFICIAL

VI. OBSERVACIONES
Por parte de la autoridad sanitaria:
Por parte del establecimiento:

VI. 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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____. 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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE ENSAMBLE DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CIUDAD | FECHA día / mes /año | ACTA N°

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Ensamble menú ☐ Ensamble refrigerio ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN | MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

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

Otro ☐ Cuál:

TELÉFONOS | FAX

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO | *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

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

*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

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*	2	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2*	2	1	0	C

MUESTRA OFICIAL

1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8.*	**2**	1	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4*	**4**	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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.*	**3**	1,5	0	C
2.2	**Superficies y materiales de contacto con el alimento.** (*Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10. Artículo 17 Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	**4**	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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.** *(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).*	**7**	3,5	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** (*Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13).*	**4**	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta
4	**REQUISITOS HIGIENICOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4.1	**Control de materias primas e insumos.** (*Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5 ; Resolución 5109 de 2005. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	**9**		0	C

MUESTRA OFICIAL

4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5)*	**8**	4	0	**C**
4.3	**Manejo de temperaturas.** *Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, y 5.)*	**7**	3,5	0	**C**
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** (*Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 6, 8); Artículo 17 Numeral 5*	**6**	3	0	**NA** **C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 30% 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.)*	**7**	3,5	0	**C**
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4)*	**4**	2	0	**C**
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. 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.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	**7**	3,5	0	**C**
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10.Resolución 2674/2013 Artículo 26)*	**2**	1	0	**C**
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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
		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.

MUESTRA OFICIAL

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:
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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.
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:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

MUESTRA OFICIAL