



CIUDAD Fusagasugá FECHA 11 Nov 23 ACTA N° 200123

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante Cafetería Panadería Frutería
Comidas rápidas Comedores Cual Hogar Familiar

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD SECRETARÍA DE SALUD DE FUSAGASUGÁ

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL Fundación Obra de Misericordia con Cristo Construyendo Vida

*CÉDULA / NIT 901902355-2 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN 252909011423532

*NOMBRE COMERCIAL Hogar Van Kappel

*DIRECCIÓN Rm 69 Vía Bogotá - Girardot MATRÍCULA MERCANTIL 05250142

*DEPARTAMENTO Condinamarca *MUNICIPIO Fusagasugá

Barrio Vereda Comuna Localidad Sector Corregimiento Casero UPZ

Otro Cuál: Chindúa

TELÉFONOS 318 786 5910 FAX

CORREO ELECTRÓNICO hoyagael2020@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO Fundación Obra de Misericordia con Cristo Construyendo Vida

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT Número de documento 901902355-2

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Olga Ivana Rojas Ruiz

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT Número de documento 53930566

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Rm 69 Vía Bogotá - Girardot

*DEPARTAMENTO Condinamarca *MUNICIPIO Fusagasugá

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO 24 h 7 días *NÚMERO DE TRABAJADORES 6

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	<u>10 / Nov / 22</u>	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	<u>98</u> %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	<input checked="" type="checkbox"/>		
		DESFAVORABLE			

***MOTIVO DE LA VISITA**

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	<input checked="" type="checkbox"/>
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN	

OTRO Especifique:

EVALUACIÓN

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

Acceptable con Requerimiento (AR) Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar

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

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

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

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	Localización y diseño. <small>(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)</small>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	
1.2	Condiciones de pisos y paredes. <small>(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1. 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)</small>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	Se evidencian pisos y paredes en material liso no poroso, sin empujamiento de evidencia, union redondeada con desprendimiento de material área preparación área cocina no evidencia, uniones redondeadas.
1.3	Techos, iluminación y ventilación. <small>(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)</small>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	
1.4	Instalaciones sanitarias. <small>(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4. Artículo 32, Numeral 9 y 11.)</small>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					<u>9.</u>
La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta					
2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS

Residuos líquidos. 5.2 (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Números 5 y 10.)	4					
Residuos sólidos. 5.3 (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Números 5.1, 5.2 y 5.3 Artículo 33, Números 5, 6 y 7 Artículo 18, Numeral 11.)	4	0			Se evidencian recipientes para la recolección, Sin embargo no se evidencia soporte. ejecución	
Control integral de plagas. 5.4 (Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)	9					
Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios. 5.5 (Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5, Artículo 26 Numeral 1.)	7	3,5	0			
Soportes documentales de saneamiento. 5.6 (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Resolución 2674/2013 Artículo 26.)	2	1	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		77.5 La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta				

II. CONCEPTO SANITARIO			
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una marca (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
87,5	<input type="checkbox"/> FAVORABLE	90-100%	
	<input checked="" type="checkbox"/> FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
	<input type="checkbox"/> DESFAVORABLE	< 59,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO	
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	//
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD		
Sí	No	Cuál:
		//

VI. OBSERVACIONES	
Por parte de la autoridad sanitaria:	Ninguna
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 17 del mes de Mayo del año 2023 en la Ciudad de Iggca.

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: Alejandra H	FIRMA:
NOMBRE: Alejandra Henda	NOMBRE:
CÉDULA: 10691944761	CÉDULA:
CARGO: Ing. Alimentos	CARGO:
INSTITUCIÓN: S. S. Iggca	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Juan José... (signature)	NOMBRE:
CÉDULA: 57106350	CÉDULA:
CARGO: Jefe... (signature)	CARGO: