GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia	**Acta de inspección sanitaria con enfoque de riesgo para establecimientos de almacenamiento de alimentos y bebidas**	Código: FO-M2-P5-089 Versión 2 Fecha: 10-01-2025

CIUDAD: PEÑOL | FECHA: 14/03/2025 | ACTA N°: 0554120250307-001

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

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSION SOCIAL

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL	CORPORACION HACIA UN ORIENTE MEJOR
*CÉDULA / NIT	900963563-1
*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	5541208180294420.
*NOMBRE COMERCIAL	BODEGA CORPORACION HACIA UN ORIENTE MEJOR
*DIRECCIÓN	CARRERA 11A, CALLE 9A 54
MATRICULA MERCANTIL	S0502879
*DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
*MUNICIPIO	PEÑOL

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

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS	3113682671
FAX	
CORREO ELECTRÓNICO	MAOHINCAPIEMARIN@HOTMAIL.COM
NOMBRE DEL PROPIETARIO	MAURICIO HINCAPIE MARIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1041231878

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	MAURICIO HINCAPIE MARIN

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 1041231878

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	CARRERA 11A, CALLE 9A 54
*DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
*MUNICIPIO	PEÑOL
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	LUNES A VIERNES DE 7:00 AM A 6:00 PM
*NÚMERO DE TRABAJADORES	3

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	23/01/2025	FAVORABLE	X	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	99%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO [ ] Especifique:

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
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.)*	X	2	0		C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2.)*	X	2	0		C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numerales 3, 4, 5.1, 7, 8.)*	X	2	0		C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4.)*	X	2,5	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				17	La calificación del bloque corresponde al 17% del total del acta	
2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	
2.1	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	X	3,5	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				7	La calificación del bloque corresponde al 7% del total del acta	
3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS	
3.1	**Estado de salud (signos/lesiones).** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	X	4	0		C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	X	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.)	X	4	0		C
3.4	**Educación y capacitación.** (*Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	X	1,5	0		C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				22	La calificación del bloque corresponde al 22% del total del acta	
4	**REQUISITOS HIGIENICOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**	
4.1	**Recepción y requisitos legales.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, Artículo 37. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011.)*	X	3,5	0		C
4.2	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 28, numerales 1, 4, 5, 6, 7.)*	X	4	0		C
4.3	**Conservación de los productos.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3 Artículo 27, literales a y c, Artículo 28, numerales 2, 3.)*	X	4	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				23	La calificación del bloque corresponde al 23% del total del acta	
5	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**	
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 3. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.*)	X	2,5	0		C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	X	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.)*	X	2	0		C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	X		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.)*	X	3	0		C

5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10.* *Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	**2**	X	0	EL ESTABLECIMIENTO NO CUENTA CON LOS REGISTROS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SANEAMIENTO, INCLUIDOS AQUELLOS QUE PERMITAN EVIDENCIAR QUE LOS SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE SON LAVADOS Y DESINFECTADOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD SANITARIA VIGENTE EN LA MATERIA.	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				30	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
99		**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 14 del mes de FEBRERO del año 2025 en la Ciudad de PEÑOL

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

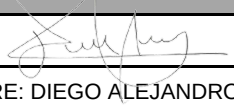
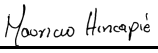
Se realizó reunión de apertura SI__X__ NO____

Se realizó reunión de cierre SI__X__ NO____

Los abajo firmantes manifestamos que: SI__X__ NO____ tenemos un posible conflicto de interés o causal de impedimento o recusación.

El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

NOTA: Para interponer cualquier denuncia relacionada con la visita de inspección, vigilancia y control, se puede comunicar al correo electrónico gestiondocumental@antioquia.gov.co

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: 	FIRMA:
NOMBRE: DIEGO ALEJANDRO PARRA SEPULVEDA	NOMBRE:
CÉDULA: 1017151032	CÉDULA:
CARGO: TAS	CARGO:
INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSION SOCIAL	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: 	FIRMA:
NOMBRE: MAURICIO HINCAPIE MARIN	NOMBRE:
CÉDULA: 1041231878	CÉDULA:
CARGO: DUEÑO	CARGO: