Invima / Alcaldía Municipal de Envigado	**ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS**	Código: IV-D-018 Versión: 03 Página 1 de 4

CIUDAD **ENVIGADO** FECHA 6/03/2025 ACTA N° **A20250093**

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [ ] Cafetería [x] Panadería [ ] Frutería [ ] Comidas rápidas [ ] Otros [ ] Cuál:__

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD **SECRETARIA DE SALUD DE ENVIGADO**

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL **CLAUDIA MARIA VASQUEZ ALVAREZ**

*CÉDULA / NIT **42881744** *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN **526642881744**

*NOMBRE COMERCIAL **CAFETERIA CLAUDIA MARIA VASQUEZ ALVAREZ (I.E. NORMAL SUPERIOR)**

*DIRECCIÓN **TRV 36 SUR 33 14** MATRICULA MERCANTIL **127821**

*DEPARTAMENTO **ANTIOQUIA** *MUNICIPIO **ENVIGADO**

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

Otro [ ] Cuál: **LOS NARANJOS**

TELÉFONOS **3206916838** FAX

CORREO ELECTRÓNICO cafeterianormalenvigado@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO **CLAUDIA MARIA VASQUEZ ALVAREZ**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento **42881744**

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL **CLAUDIA MARIA VASQUEZ ALVAREZ**

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento **42881744**

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN **TRAN 36 SUR 33 14**

*DEPARTAMENTO **ANTIOQUIA** *MUNICIPIO **ENVIGADO**

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO **LUNES A VIERNES DE 5:00 AM A 4:00 PM** *NÚMERO DE TRABAJADORES **4**

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	SIN VISITA	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
		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.
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	.
		x	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	
		x			C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)*	2	1	0	
		x			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	
		x			C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				10	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	
		x			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	
		x			C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				12	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	
		x			C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	2	1	0	
		x			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	Se evidencia personal manipulador sin dotación adecuada para las actividades que realiza: uso de ropa de calle, con uso de accesorios, no hace uso de gorro ni tapabocas durante le proceso de entrega de alimentos.
			x		C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	2	0	
		x			C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				17	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	El establecimiento no presenta registro de control de materias primas e insumos durante la recepción para criterios de aceptación y/o rechazo; Se evidencia producto "platanos fritos" empacado, el cual no se evidencia con claridad la información de fecha de vencimiento y lote.
		5	x	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.)*	9		0	
		x		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	
		x	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	
		x	2	0	NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			23	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	Aunque el establecimiento se abastece con agua de EPM, no se realiza verificación de cloro de manera correcta debido a que el instrumento de medición por método de colorimetria utilizado, no marca el color correcto de acuerdo a la escala por hacer uso de reactivos que no corresponden al kit.
		7	x	0	C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	4	2	0	
		x	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	
		x	2	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9		0	
		x		0	C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Ley 9/1979 Artículo 254; Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	7	3,5	0	
		x	3,5	0	C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2	1	0	
		x	1	0	C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	30	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	
90,5	X	FAVORABLE	90-100%	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 la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
		DESFAVORABLE	< 59,9%	

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	0

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	x	Cuál:Ninguna

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Se toma registro fotográfico con autorización de la persona encargada del establecimiento al momento de la visita solo para los fines de la actividad de inspección, vigilancia y control.

Por parte del establecimiento:

Ninguna

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 **06** del mes de **marzo** del año **2025** en la Ciudad de **Envigado**.

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

De conformidad con el Artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, me permito manifestar que, con la firma del presente documento, SI _x_ NO ___ autorizo a la Secretaría de Salud para que sean enviadas notificaciones electrónicas al correo electrónico __cafeterianormalenvigado@gmail.com__ de las actas de inspección, actas de medidas sanitarias y cualquier acto administrativo o actuación dentro del proceso de inspección, vigilancia y control sanitario adelantado. En caso de aceptar la notificación por medios electrónicos, soy consciente que se me ha informado que, en cualquier momento del procedimiento administrativo, podré solicitar que las notificaciones se realicen por medios no electrónicos consagrados en la ley antes mencionada.

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: YUDY PAOLA ARTUNDUAGA CUELLAR	NOMBRE:
CÉDULA: 1079176017	CÉDULA:
CARGO: TÉCNICO ÁREA SALUD-INGENIERA ALIMENTOS	CARGO:
INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD DE ENVIGADO	INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD DE ENVIGADO

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: CLAUDIA MARIA VASQUEZ	NOMBRE:
CÉDULA: 42881744	CÉDULA:
CARGO: PROPIETARIA-QUIEN ATIENDE LA VISITA	CARGO: