|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | CIUDAD |   |   | FECHA | día / mes /año |   | ACTA N° |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | TIPO DE ESTABLECIMIENTO: |  |  | Plaza de mercado |   |  |  | Central de abasto |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | 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 |   |  |   |  |   |  |  |  |   |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | 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 |
| 1. **CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO**
 |
| **1** | **EDIFICACION E INSTALACIONES** | **A** | **AR** | **I** | **HALLAZGOS** |
| 1.1 | **Localización y diseño.**(*Resolución 2674/2013, Artículo 6, Nº1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,3 y 2.6,; Art.32, Nº1, 2, 3, 4, 6 y 7. Art. 33, Nº 8)* | **10** | **5** | **0** |   |
|   | **C** |
| 1.2 | **Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Art. 32, Nº 9 y 11.)* | **20** | **10** | **0** |   |
|   | **C** |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE |   | La calificación del bloque corresponde al 30% del total del acta |
| **2** | **SANEAMIENTO** | **A** | **AR** | **I** | **HALLAZGOS** |
| 2.1 | **Control Integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)* | **30** |  | **0** |   |
|   | **C** |
| 2.2 | **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. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9).*  | **15** | **7,5** | **0** |   |
|   | **C** |
| 2.3 | **Manejo de residuos sólidos y líquidos.**(Ley 9 de 1979. Artículo 23. *Resolución 2674 de 2013 Art 6 núm. 4.1,4.2, 5.1, 5.2, 5.3. Art.31 numerales 1 y 2. )* | **10** | **5** | **0** |   |
|   | **C** |
| 2.4 | **Limpieza y desinfección.** *(Resolución 2674/2013. Artículo 26 Numeral 1)* | **10** | **5** | **0** |   |
|   | **C** |
| 2.5 | **Soporte documental de saneamiento.***(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Art. 26)*. | **5** | **2,5** | **0** |   |
|   | **C** |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE |   | La calificación del bloque corresponde al 70% del total del acta |
| 1. **CONCEPTO SANITARIO**
 |
| **% DE CUMPLIMIENTO** | **CONCEPTO.** Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | **NIVEL DE CUMPLIMIENTO** | En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva. |
|  |   | **FAVORABLE** | 90-100% |
|   | **FAVORABLE** CON REQUERIMIENTOS | 60 - 89,9% |
|   | **DESFAVORABLE** | < 59,9% |
| 1. **RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO**
 |
| **NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS** |  |
| **NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS** |  |
| 1. **REQUERIMIENTOS SANITARIOS**
 |
| Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta. |
| 1. **APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD**
 |
| Si | No | Cuál: |
| 1. **OBSERVACIONES**
 |
| **Por parte de la autoridad sanitaria:** |
|   |
|   |
|   |
| **Por parte del establecimiento:** |
|   |
|   |
|   |
| 1. **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: |
| **POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO** |
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| CÉDULA: | CÉDULA: |
| CARGO: | CARGO: |

**ALCALDÍA DE GIRARDOTA - SECRETARÍA DE SALUD, PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y PROTECCIÓN SOCIAL- Área Salud, Ambiental y Saneamiento Básico.**

Centro Administrativo Simón Bolívar. Carrera 15 Nº 6-35 - PBX: 405 42 00 FAX: 289 07 38 - www.girardota.gov.co

“Entidad Vigilada Supersalud” Medellín – Colombia – Suramérica**.**