|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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**.**