

CIUDAD FECHA ACTA N°
 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 Corregimiento Caserío UPZ
 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
 *TIPO DE PRODUCTOS QUE EXPENDE: CARNE Bovina Porcina Aves
 Otras especies
 OTRO TIPO DE PRODUCTOS: SI NO

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA 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

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
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. (Ley 9/1979 Art. 160, 163, 168, 207, 209, 247, 249 literal a, 262, 284.)	4	2	0	
1.2	Condiciones de pisos y paredes. (Decreto 2278/1982, Art. 374, Literales a y b. Ley 9/1979 Art. 92, 194, 249, Literales b y c, 345, Literal a.)	4	2	0	

5 SANEAMIENTO		A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	Suministro y calidad de agua potable. (Ley 9/1979 Art. 69, 71, 175. Resolución 2115/2007 Art. 9.)	7	3,5	0	
5.2	Residuos líquidos. (Ley 9/1979 Art. 92, 177 y 194. Decreto 2278/1982 Art. 374, Lit. b.)	5	2,5	0	
5.3	Residuos sólidos. (Ley 9/1979 Art. 198 y 199.)	5	2,5	0	
5.4	Control integral de plagas. (Ley 9/1979 Art. 259.)	9		0	
5.5	Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios. (Ley 9/1979 Art. 207, 251, 254, 264, 345, Lit. c, b. Decreto 2278/1982 Art. 374, Lit. c, d.)	7	3,5	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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		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%		
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:					
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 _____ 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:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO: