

CIUDAD: Prado FECHA: DÍA 22 MES 02 AÑO 2019 ACTA No. N° 1053

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: RESTAURANTE  CAFETERÍA  PANADERÍA  FRUTERÍA   
COMIDAS RÁPIDAS  COMEDORES  CUAL? IcBF-Población Vulnerable.

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaría de Salud Tolima

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

**\*CAMPO OBLIGATORIO**

RAZÓN SOCIAL Corporación de Atención Integral a la Población Vulnerable "CORAIPOV"  
 \*CÉDULA / NIT. 900393415-3 \*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN 735639003934153.  
 \*NOMBRE COMERCIAL Corporación de Atención Integral a la Población Vulnerable "CORAIPOV"  
 \*DIRECCIÓN Colle 11 Cra 2 Esquina MATRÍCULA MERCANTIL:   
 \*DEPARTAMENTO Tolima \*MUNICIPIO Prado  
 Barrio  Vereda  Comuna  Localidad  Sector  Corregimiento  Caserío  UPZ   
 Otro Cuál: Las Palmas.  
 TELÉFONO 2280367 FAX   
 CORREO ELECTRÓNICO coraipov@hotmail.com  
 NOMBRE DEL PROPIETARIO Corporación de Atención Integral a la Población Vulnerable "CORAIPOV"  
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C.  C.E.  NIT.  Número de documento 900393415-3.  
 \*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Dlga Lucia Correa Nustes  
 \*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C.  C.E.  NIT.  Número de documento 52.902.225.  
 \*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cra 9 N° 5-31 B/ Cuicredo Y Florez  
 \*DEPARTAMENTO Tolima \*MUNICIPIO Punificación.  
 \*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO Lunes a Viernes 8am a 30p.m \*NÚMERO DE TRABAJADORES 1

**CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA**

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	<u>30 01 2018</u>	FAVORABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	<u>100%</u>
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	<input type="checkbox"/>		
		DESFAVORABLE	<input type="checkbox"/>		

**\*MOTIVO DE LA VISITA**

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO <input checked="" type="checkbox"/>	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
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 Acceptable (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	EDIFICACIÓN E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS	
1.1	Localización y diseño <i>(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)</i>	X	1	0		C
1.2	Condiciones de pisos y paredes. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3)</i>	X	1	0		C
1.3	Techos, iluminación y ventilación. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4)</i>	X	1	0		C
1.4	Instalaciones sanitarias. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4. Artículo 32, Numeral 9 y 11)</i>	X	2	0		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 <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9. Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34)</i>	5	<del>2,5</del>	0	- Se evidencia en una de las neveras (Refrigerador) que el Termómetro no cuenta con la medición correcta.	C
2.2	Superficies de contacto con el alimento <i>(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)</i>	X	3,5	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				9,5%	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. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12)</i>	X	3,5	0		C
3.2	Reconocimiento médico. <i>(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)</i>	X	1	0		C
3.3	Prácticas higiénicas. <i>(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)</i>	X	3,5	0		C



5.5	<b>Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.</b> (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1).	X	3,5	0		C
5.6	<b>Soportes documentales de saneamiento.</b> (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013, Artículo 26).	X	1	0		C

**CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** 33% La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta

**II. CONCEPTO SANITARIO**

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. <small>Selecciones con una equis (X) el concepto sanitario a emitir</small>	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.
97,5%	X 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	No se tomaron
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	No se tomaron

**IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS**

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrado en la presente acta.

**V. APLICACIÓN DE MEDICA SANITARIA DE SEGURIDAD**

Si  No  Cuál: \_\_\_\_\_

**VI. OBSERVACIONES**

**Por parte de la autoridad sanitaria:**  
/ / / /

**Por parte del establecimiento:**  
La visita se desarrolló en un ambiente de cordialidad y profesionalismo.

**VII. NOTIFICACIÓN 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 22 del mes de febrero del año 2019 en la ciudad de Prado.

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 REALIZARON LA VISITA**

FIRMA:	FIRMA: /
NOMBRE: Luz Elena Borrero R.	NOMBRE: /
CÉDULA: 38259394	CÉDULA: /
CARGO: Profesional Universitario	CARGO: /
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud Tolima	INSTITUCIÓN: /

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

FIRMA:	FIRMA: /
NOMBRE: Olga Lucio Borrero Riosler.	NOMBRE: /
CÉDULA: 52902225 btu	CÉDULA: /
CARGO: Representante legal	CARGO: /