



ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS



CIUDAD: **LERIDA** FECHA: DÍA **04** MES **MAYO** AÑO **2017** ACTA No. N° **0093**

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: RESTAURANTE CAFETERÍA PANADERÍA FRUTERÍA

COMIDAS RÁPIDAS COMEDORES CUÁL? **CDI**

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: **Secretaría de Salud del Tolima**

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL **FUNDACIÓN IMIX**

*CÉDULA / NIT. **900265071-5** *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN **—**

*NOMBRE COMERCIAL **Centro de Desarrollo Infantil Manos Creativas La Sierra**

*DIRECCIÓN **Centro** MATRÍCULA MERCANTIL **—**

*DEPARTAMENTO **Tolima** *MUNICIPIO **Lerida**

Barrio Vereda Comuna Localidad Sector Corregimiento Caserio UPZ

Otro Cuál: **La Sierra**

TELÉFONO **3228166893-** FAX **No Tiene.**

CORREO ELECTRÓNICO **cediinstitutionallerida.imix@gmail.com**

NOMBRE DEL PROPIETARIO **Eugenia Victoria Rojas de Bahamon**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. NIT. Número de documento **38224196**

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL **Eugenia Victoria Rojas de Bahamon**

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. NIT. Número de documento **38224196**

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN **cra 4 # 4-32 centro**

*DEPARTAMENTO **Tolima** *MUNICIPIO **Lerida**

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO **6am-3pm / lunes a viernes** *NÚMERO DE TRABAJADORES **2**

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ULTIMA INSPECCIÓN	/	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	/ %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

***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 (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)	X	1	0	
1.2	Condiciones de pisos y paredes. (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3)	X	1	0	
1.3	Techos, iluminación y ventilación. (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4)	2	X	0	- Bombillos sin protección.
1.4	Instalaciones sanitarias. (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4. Artículo 32, Numeral 9 y 11)	X	2	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				9	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)	X	2,5	0	
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)	X	3,5	0	
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)	X	3,5	0	
3.2	Reconocimiento médico. (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	X	1	0	
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)	X	3,5	0	

3.4	Educación y capacitación. <i>(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36)</i>	X	2	0							C	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				20	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta							
4	REQUISITOS HIGIÉNICOS	A	AR	I	HALLAZGOS							
4.1	Control de materias primas e insumos. <i>(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Números 1, 3, 4 y 5; Artículo 35 Números 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013).</i>	X	2,5	0								C
4.2	Prevención de la contaminación cruzada. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4).</i>	X		0								C
4.3	Manejo de temperaturas. <i>(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5).</i>	X	3,5	0								C
4.4	Condiciones de almacenamiento. <i>(Resoluciones 683/2012, 2674/2013, Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9).</i>	4	X	0	Estiba en madera donde se encuentra ubicado el recipiente (caneca) y la bienista rinda							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. <i>(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).</i>	X	3,5	0								NA C
5.2	Residuos líquidos. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Números 5 y 10).</i>	X	2	0								C
5.3	Residuos sólidos. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Números 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Números 5, 6, y 7. Artículo 18, Numeral 11).</i>	X	2	0								C
5.4	Control integral de plagas. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 26, Numeral 3).</i>	X		0								C

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

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

33%

La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE SUPPLIMIENTO	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%	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 Cuál: _____

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

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 04 del mes de MAYO del año 2017 en la ciudad de Leónida.

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: <u>Naydud Fda Machado M</u>	FIRMA: _____
NOMBRE: <u>Naydud Machado</u>	NOMBRE: _____
CÉDULA: <u>28.659.878</u>	CÉDULA: _____
CARGO: <u>Ingeniera de Alimentos</u>	CARGO: _____
INSTITUCIÓN: <u>Secretaría de Salud del Tolima</u>	INSTITUCIÓN: _____

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA: <u>Nury Mercy Bohórquez Vanegas</u>	FIRMA: <u>Doris Gomez Quispe</u>
NOMBRE: <u>Nury Mercy Bohórquez Vanegas</u>	NOMBRE: <u>Doris Gomez</u>
CÉDULA: <u>52280775 Bta</u>	CÉDULA: <u>28798981</u>
CARGO: <u>Docente</u>	CARGO: <u>manipulador</u>