

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA PLAZAS DE MERCADO O CENTRAL DE ABASTOS

CIUDAD FECHA 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 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

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

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION 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, 2.6 y 2.7. Artículo 31 Numeral 2</i>	10	5	0	C
1.2	Instalaciones sanitarias. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4</i>	20	10	0	

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	
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	
2.3	Manejo de residuos sólidos y líquidos. (Ley 9 de 1979. Artículo 237. 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	
2.4	Limpieza y desinfección. (Resolución 2674/2013. Artículo 26 Numeral 1)	10	5	0	
2.5	Soporte documental de saneamiento. (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26).	5	2,5	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 70% 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

Si	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: