

En _____, a los _____ días del mes de _____ de 20____, se hicieron presentes los funcionarios _____, de _____ en el establecimiento denominado: _____, ubicado en la _____, NIT _____ Teléfono: _____ fax o correo electrónico _____, con el fin de _____. La visita fue atendida por _____, identificado con C.C _____ en calidad de _____ a quien se le informó el objeto de la visita.

OBJETIVO DE AL VISITA

EVALUACIÓN	
Cumple (C)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto a evaluar
No Cumple (NC)	Marque con una X cuando el establecimiento No cumple Ninguno parcialmente los requisitos descritos 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.

CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO DEL ESTABLECIMIENTO					
	ASPECTOS A EVALUAR	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	El establecimiento cuenta con Plan de contingencia y lo implementan.				
LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN					
1.1	Realizan L& D en Instalaciones Físicas (pisos, techos, paredes, lámparas, rejillas, drenajes, angeos puertas)				
1.2	Realizan L& D en Instalaciones sanitarias (lavamanos, inodoro, pisos, Lokers, vestiers, puertas, paredes, techos, dispensadores)				
1.3	Realizan L& D en Equipos y utensilios (Mesas, Estanterías, Estibas coladores, jarras, licuadoras, cafeteras, ollas, sarten, recipientes, etc)				
1.4	Realizan L& D en ambiente				
1.5	Realizan L& D en Vehículos (motos, furgones carros) para domicilios o transporte de alimentos				
1.6	Realizan L& D en Superficies en contacto con el alimento (cubiertos, platos, tablas, cucharones, etc)				
1.7	Cuentan con Soporte de compra de los productos de limpieza y desinfección				
1.8	El personal sabe cómo utilizar los productos , las concentraciones , tiempo de acción, dosificaciones				
1.9	El personal es conocedor de las presentaciones,				

	almacenamiento, precauciones, fichas técnicas de los productos de limpieza y desinfección				
1.10	Se llevan Registros de limpieza y desinfección				
2	INSTALACIONES SANITARIAS				
2.1	Cuenta con los implementos para la higiene del manipulador (Jabón líquido de manos, Sistema de secado de manos de un solo uso, alcohol gel)				
2.2	Existen los avisos que indiquen la necesidad del lavado de manos y el procedimiento de cómo hacerlo.				
3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS				
3.1	Estado de salud (Los manipuladores de alimentos padecen de una enfermedad susceptible de transmitirse por los alimentos, o tienen heridas infectadas, irritaciones cutáneas o diarrea)				
3.2	Se evidencia Certificado médico que conste la aptitud para manipular alimentos				
3.3	Tienen Buenas Prácticas higiénicas (Dotación adecuada acorde a la actividad)				
3.4	Registro diario de uso de Dotación				
3.5	Protocolo de Disposición final de la dotación				
3.6	Se observa que los trabajadores conservan la Distancia mínima de 2 Metros de una persona o otra				
3.7	Tienen un plan de Educación y capacitación acorde a las actividades que realizan en el establecimiento				
SE TIENEN PRECAUCIONES CON EL PERSONAL MANIPULADOR CUANDO SE ENCUENTRA CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O FIEBRE EN EL TRABAJO					
3.8	Se realiza aislamiento preventivo en el lugar de trabajo				
3.9	Usa mascarilla quirúrgica				
3.10	Se encuentra en una zona aislada				
3.11	Se avisa a la ARL				
CUANDO EL PERSONAL MANIPULADOR PRESENTA LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O FIEBRE EN LA CASA					
3.12	Se informa al empleador para realizar el aislamiento				
3.13	Se realiza aislamiento preventivo				
3.14	Si los síntomas se relacionan con covid-19 se informó a la EPS				
3.15	Se practica las pruebas para				

	confirmar el virus				
3.16	Si da positivo el trabajador entro en un aislamiento de 14 días.				
3.17	Siguió el protocolo estipulado por el Ministerio de salud y protección social				
4	PROVEEDORES, MATERIAS PRIMAS E INSUMOS				
4.1	Se realizan controles para evitar una contaminación cruzada.				
4.2	Se realiza un almacenamiento adecuado de los alimentos en refrigeración y congelación				
4.3	Se tienen los documentos que garanticen la procedencia , control de los productos con el fin de garantizar su calidad e inocuidad				
4.4	Se tienen Registros permanentes de las condiciones de preparación (Temperaturas)				
4.5	En caso de que los alimentos se preparen en un lugar distinto se debe de indicar plenamente y realizar la vigilancia (Servicios Catering o por terceros)				
4.6	Se tiene implementado el registro de clientes para el sector gastronómico que permita identificar al usuario				
	LOS SOPORTES DE IDENTIFICACIÓN DE USUARIO CUENTAN CON LOS SIGUIENTES DATOS				
4.7	Nombre				
4.8	Dirección				
4.9	Teléfono				
4.10	fecha y hora de salida de los alimentos				
4.11	Tipo de alimento				
4.12	Responsable de la entrega				
	GUÍA DE DESPACHO (SOLO CARNE Y PRODUCTOS CÁRNICOS) DEBE DE TENER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN				
4.13	Día de faenado				
4.14	Tipo de producto				
4.15	Planta de beneficio				
4.16	Temperatura de salida de planta de sacrificio o de establecimiento de desposte				
4.17	Desprese				
4.18	Acondicionador				
4.19	Hora de llegada				
4.20	Vehículo transportador (placa-conductor)				
4.21	Cantidad				
4.22	Archivo cronológico de la compra de insumos para la actividad				
5	TRAZABILIDAD				
5.1	Dirección				
5.2	Fecha				
5.3	Establecimiento				
5.4	Hora de llegada				

5.5	Tipo de producto				
5.6	Condiciones de temperatura (cuando se requiera)				
5.7	Responsable de la recepción				
6	SANEAMIENTO				
6.1	El establecimiento cuenta con agua potable				
6.2	cuenta con los sistemas de desagüe que permiten la evacuación rápida y eficiente de los residuos líquidos, evitando el acúmulo de éstos, la contaminación de los alimentos				
6.3	Realizan un buen manejo y disposición de los Residuos sólidos (Caneca, Bolsa, Tapa , Alejados de las áreas de preparación)				
6.4	Se tienen las medidas de prevención para el Control integral de plagas				
6.5	Se tienen los Soportes documentales de saneamiento				

Para constancia se firma por quienes intervinieron en la presente diligencia el día _____ del mes de _____ de 20____, de acuerdo a la normatividad sanitaria vigente:

POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Firma _____ Firma _____

Nombre _____ Nombre _____

Documento de identidad _____ Documento de identidad _____

Cargo _____ Cargo _____

RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO:

Firma _____ Firma _____

Nombre _____ Nombre _____

Documento de identidad _____ Documento de identidad _____

Cargo _____ Cargo _____