



CERTIFICADO SANITARIO DE VEHICULO

Código: F0-VC-36

Versión:01

Fecha de Actualización: 29/09/2014

EL SECRETARIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Como autoridad sanitaria del Municipio de Itagüí y de conformidad con las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001, el Código Sanitario Nacional (Ley 9^a de 1979) y las demás normas que lo regulan.

CERTIFICA

Que luego de la inspección de factores de riesgo del consumo y el ambiente, realizada el día
NANCY JANETH MOSQUERA RENTERIA al vehículo:

por el funcionario

Placa:

Marca:

Modelo:

Color:

Capacidad:

Persona:

Nit:

Código de verificación:



A la fecha, cumple con las condiciones higiénico-sanitarias requeridas para el transporte de

Esta certificación es válida hasta

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 de Ministerio de Justicia y del Derecho y la Resolución 220 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para los efectos legales.

Para confirmar la autenticidad del presente certificado consulte el código de verificación en el siguiente link:

<https://itaguirgov-com.us.stackstaging.com/indexPNY576.html>

La presente se expide el

y para constancia se firma digitalmente.

Una firma digital que representa una firma mecánica. Debajo de la firma, el nombre "LUIS GUILLERMO PÉREZ SÁNCHEZ" está escrito en mayúsculas.

Secretario de Salud y Protección Social

NIT Municipio de Itagüí: 890.980.093-8

Centro Administrativo Municipal de Itagüí: (CAMI) – Tel: 373 76 76 – Cra 51 No. 51 – 55- Itagüí - Colombia – www.itagui.gov.co

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS | | | Código:FO-VC-92 Versión:01 Fecha de verificación: 29/08/2017 |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|------------------------------|--------|---|--|---------|
| CIUDAD | ITAGUI | FECHA | | ACTA N° |
| ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD | | SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL | | |

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

*CAMPO OBLIGATORIO

| | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------|---|
| • NOMBRE DEL PROPIETARIO | | | |
| • DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | CC | CE | NIT <input checked="" type="checkbox"/> NÚMERO DE DOCUMENTO |
| • PLACA DEL VEHÍCULO | NÚMERO DE INSPECCIÓN | | |
| TELEFONOS | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO | | | |
| • DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN | | | |
| • DEPARTAMENTO | • MUNICIPIO | | |
| • CLASE DEL VEHÍCULO | CAMIONETA <input type="radio"/> CAMIÓN <input type="radio"/> MOTO <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> CUAL? | | |
| MARCA | MODELO | • COLOR | |
| TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO | | | |
| SISTEMA DE REFRIGERACIÓN | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | | |
| • HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | 6:00 AM 6:00 PM LUNES A SABADO | • NÚMERO DE TRABAJADORES | 2 |

VARIOS

| CONCEPTO SANITARIO ULTIMA VISITA | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|--|---|--|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | FAVORABLE | | X | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN 100% |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | | | |
| | DESFAVORABLE | | | |

•MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | |
|-------------------|-------------|------------------------------------|---|---|
| PROGRAMACIÓN | | SOLICITUD DEL INTERESADO | X | 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 | | CALIFICACIÓN |
|----------------------------------|--|---|
| Aceptable (A) | | Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descrito en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Aceptable con Requerimiento (AR) | | Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descrito en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Inaceptable (I) | | Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descrito 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 la Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores |

| I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO | | | | | | |
|--|---|------|-----|--|-----------|---------|
| 1 | DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE | A | AR | I | HALLAZGOS | |
| 1.1 | Diseño sanitario del vehículo. Decreto 561 de 1984. Art 98. Decreto 2278/1982. Art365,366,367,368,368 y 373 Decreto 516 de 2006 Art 57, Art 58 y Art 59. Resol. 2674/2013. Art29. Núm. 5y9 Resol. 2505/2004. Art.4.) | (12) | 6 | 9 | | c |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | 12 | | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta | | |
| 2 | EQUIPOS Y UTENSILIOS | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
| 2.1 | Condiciones de los utensilios. Decreto 561 de 1984. Art 98. Decreto 2278/1982. Art 366 y 368, Resol. 2505 de 2004, Art.4.Resol. 2674/2013. Art29. Núm. 1y5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013) | (12) | 6 | 9 | | c |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | 12 | | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta | | |
| 3 | PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
| 3.1 | Estado de salud. (Resol. 2674/2013. Art 11. Núm. 5. Art, 14, Núm. 12.) | (13) | 6,5 | 0 | | c |
| 3.2 | Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11. Numeral 1,2,3,4) | (4) | 2 | 0 | | c |
| 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.) | (13) | 6,5 | 0 | | c |
| 3.4 | Educación y Capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.) | (6) | 3 | 0 | | c |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | 36 | | La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta | | |
| 4 | SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
| 4.1 | Limpieza del vehículo. (Resolución 2674/2013. Art 29. Núm. 4 y 5.) | (15) | 7,5 | 0 | | c |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | 15 | | La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta | | |
| 5 | VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
| 5.1 | Condiciones de conservación del producto. (Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2574/2013 Art. 29, Núm. 6,7,8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.) | (20) | | 0 | | c |
| 5.2 | Empaque, Rotulado y vida útil. Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2 Art. 29, Núm. 1.) | (5) | 2,5 | 0 | | c |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | 25 | | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta | | |

| II.CONCEPTO SANITARIO | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-----------------------|---|
| % DE CUMPLIMIENTO | | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | |
| 100% | <input checked="" type="checkbox"/> | FAVORABLE | 90-100% | En caso de que uno o más aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como inaceptable (I). Independiente del proceso de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva. |
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | 60 – 89,9% | |
| | | DESFAVORABLE | < 59,9% | |
| III.RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO | | | | |
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | | N/A | | |
| NÚMERO DEL ACTA DE MUESTRAS | | N/A | | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Cuál: | |
| VI.OBSERVACIONES | | | | |
| Por parte de la autoridad sanitaria: | | | | |
| <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| Por parte del establecimiento: | | | | |
| <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| 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 mes del año en la Ciudad de ITAGUI. | | | | |
| 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: NANCY JANET MOSQUERA RENTERIA | NOMBRE: | | | |
| CEDULA: 42793918 | CEDULA: | | | |
| CARGO: TECNICA AREA DE SALUD | CARGO: | | | |
| INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL | INSTITUCIÓN: | | | |
| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO | | | | |
| FIRMA: | FIRMA | | | |
| NOMBRE: | NOMBRE: | | | |
| CEDULA: | CEDULA: | | | |
| CARGO: CONDUCTOR | CARGO: | | | |