



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:

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 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

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

La presente se expide el

y para constancia se firma digitalmente.

Una firma digital que representa la firma de Luis Guillermo Pérez Sánchez.

LUIS GUILLERMO PÉREZ SÁNCHEZ

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 | | | | VARIOS |
| 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 |

CONCEPTO SANITARIO ULTIMA VISITA

| | | | | | |
|-------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------------|---|------|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | | FAVORABLE | <input checked="" type="checkbox"/> | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 100% |
| | | 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 | <input type="checkbox"/> | 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: | | | |