

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <b>CERTIFICADO SANITARIO DE VEHICULO</b> | <b>Código: F0-VC-36</b><br><b>Versión:01</b><br><b>Fecha de Actualización: 29/09/2014</b> |
|--|--|---|

### 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 9ª 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://itagui-gov-com.us.stackstaging.com/indexPNY576.html>

La presente se expide el \_\_\_\_\_ y para constancia se firma digitalmente.

  
**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](http://www.itagui.gov.co)

|   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
|  | <b>ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA<br/>VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS</b> | Codigo:FO-VC-92                      |
|   |   | Versión:01                           |
|   |   | Fecha de verificación:<br>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 ☒ NÚMERO DE DOCUMENTO

• PLACA DEL VEHÍCULO  NÚMERO DE INSPECCIÓN

TELEFONOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO

• DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

• DEPARTAMENTO  • MUNICIPIO

• CLASE DEL VEHÍCULO CAMIONETA ☐ CAMIÓN ☐ MOTO ☐ OTRO ☐ CUAL?

MARCA  MODELO  • COLOR

TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO  **VARIOS**

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN SI ☐ NO ☐

\* 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 | <b>100%</b> |
|                               | 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 aplicarse 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.<br>Decreto 561 de 1984. Art 98.<br>Decreto 2278/1982. Art365,366,367,368,368 y 373.<br>Decreto 516 de 2006 Art 57, Art 58 y Art 59.<br>Resol. 2674/2013. Art29. Núm. 5y9<br>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.<br>Decreto 561 de 1984. Art 98.<br>Decreto 2278/1982. Art 366 y 368.<br>Resol. 2505 de 2004, Art.4.Resol. 2674/2013. Art29. Núm. 1y5. Art. 9, Núm. 1, 2.<br>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.<br>(Resol. 2674/2013. Art 11. Núm. 5. Art, 14, Núm. 12.)  | 13 | 6,5 | 0  |           | c       |
| 3.2                                   | Reconocimiento Médico<br>(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11. Numeral 1,2,3,4)   | 4  | 2   | 0  |           | c       |
| 3.3                                   | Prácticas higiénicas.<br>(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<br>(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.<br>(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.<br>(Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373.<br>Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99.<br>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.<br>Decreto 561 de 1984, Art. 73.<br>Decreto 5109 de 2005.<br>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 | 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. |
| 100%   | 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   |                                     | 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:   |                                     |   |                       |   |
| NINGUNA  |                                     |   |                       |   |
| Por parte del establecimiento:   |                                     |   |                       |   |
| NINGUNA  |                                     |   |                       |   |
| 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:  |                       |   |