

	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 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:


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

	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 <input style="width: 100%;" type="text" value="ITAGUI"/>	FECHA <input style="width: 100%;" type="text"/>	ACTA N° <input style="width: 100%;" type="text"/>			
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD <input style="width: 100%;" type="text" value="SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL"/>					
IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO					
*CAMPO OBLIGATORIO					
• NOMBRE DEL PROPIETARIO <input style="width: 100%;" type="text"/>					
• DOCUMENTO DE IDENTIFICACION CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> NÚMERO DE DOCUMENTO <input style="width: 100%;" type="text"/>					
• PLACA DEL VEHÍCULO <input style="width: 100%;" type="text"/> NÚMERO DE INSPECCIÓN <input style="width: 100%;" type="text"/>					
TELEFONOS <input style="width: 100%;" type="text"/>					
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO <input style="width: 100%;" type="text"/>					
• DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN <input style="width: 100%;" type="text"/>					
• DEPARTAMENTO <input style="width: 100%;" type="text"/> • MUNICIPIO <input style="width: 100%;" type="text"/>					
• CLASE DEL VEHÍCULO CAMIONETA <input type="checkbox"/> CAMIÓN <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL? <input style="width: 100%;" type="text"/>					
MARCA <input style="width: 100%;" type="text"/> MODELO <input style="width: 100%;" type="text"/> • COLOR <input style="width: 100%;" type="text"/>					
TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO <input style="width: 100%;" type="text"/>					
SISTEMA DE REFRIGERACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
* HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO <input style="width: 100%;" type="text" value="6:00 AM 6:00 PM LUNES A SABADO"/> * NÚMERO DE TRABAJADORES <input style="width: 100%;" type="text" value="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			
		DESFAVORABLE			
*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		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. 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	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:		