

	<b>CERTIFICADO SANITARIO DE VEHICULO</b>	<b>Código: F0-VC-36</b> <b>Versión:01</b> <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

	<b>ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS</b>	Codigo: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 ☒ 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
Acceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descrito en el instructivo para el aspecto a evaluar
Acceptable 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
Inacceptable (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				
<p>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.</p> <p>De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.</p> <p>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.</p>				
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:	