Lote 1 = 9

Invima

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

República de Colombia

CIUDAD: LOS SANTOS / STDER | FECHA: 24/02/20 | ACTA N°: 1

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* CAMPO OBLIGATORIO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO	SANDRA YOHANNA GIRALDO ZAPATA
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 37.860.788
*PLACA DEL VEHÍCULO	WFL-421 — *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: NR
TELÉFONOS	3176578409
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO	@NO REGISTRA
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	CARRERA 33 # 47 - 44 OFICINA 213 CENTRO COMERCIAL ALTAMONTE
*DEPARTAMENTO	SANTANDER — *MUNICIPIO: BUCARAMANGA
*CLASE DEL VEHÍCULO:	Camioneta [X] Camión [ ] Moto [ ] Otro [ ] Cuál: FURGON
*MARCA	CHEVROLET NHR — *MODELO: 2015 — *COLOR: BLANCO GALAXIA
*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO	ALIMENTOS NO PERECEDEROS - CARGA SECA
SISTEMA DE REFRIGERACIÓN:	SI [ ] NO [X]
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	24 HORAS / 7 DIAS — *NÚMERO DE TRABAJADORES: 2

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	NO REGISTRA	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 descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos 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 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 Art. 365, 367,368,369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)*	12	6	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta	

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRITICO
2.1	Condiciones de los utensilios. *(Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Rasol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	12	6	0		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	CRITICO
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 33, 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**	CRITICO
4.1	Limpieza del vehículo. (Resolución 2674/2013. Art. 28, 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**	CRITICO
5.1	Condiciones de conservación del producto. (Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. 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 3109 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	
100,0	X **FAVORABLE**	90-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como inaceptable (I), independiente del porcentaje 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	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	0

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 | **No** | Cuál: NINGUNA

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

ACTA VALIDA POR UN (1) AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION, NO OBSTANTE ESTA REVOCARA EN CUALQUIER MOMENTO, CUANDO SE COMPRUEBE EL INCUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS QUE DIERON LUGAR A LA MISMA.

Por parte del establecimiento:

NINGUNA

VII. NOTIFICACION 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 __24__ del mes de ___FEBRERO_____ del año ___2020____ en la Ciudad de ____LOS SANTOS / SANTANDER._____.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Carlos Fernando Mujica Molina	FIRMA:
NOMBRE: CARLOS FERNANDO MUJICA MOLINA	NOMBRE:
CÉDULA: 91.480.286 Secretaría de Salud de Santander	CÉDULA:
CARGO: TECNICO OPERATIVO AMBIENTAL	CARGO:
INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Wilson Angarita Espinosa	NOMBRE:
CÉDULA: 91043525	CÉDULA: