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

invima

ALCALDÍA DE FLORENCIA
SECRETARIA DE SALUD

CIUDAD: Florencia | FECHA: 11 05 2024 | ACTA N°: 296

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud Municipal

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* CAMPO OBLIGATORIO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO: Amparo Salazar Bonelo

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | Número de documento: 35060310

*PLACA DEL VEHÍCULO: KJV393 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: KJV393

TELÉFONOS: 3208992068

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO: Foodcaresas.2@hotmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CL 33 No 3E - 13 Bl Cundy

*DEPARTAMENTO: Caqueta | *MUNICIPIO: Florencia

*CLASE DEL VEHÍCULO: Camioneta [X] Camión [ ] Moto [ ] Otro [ ] Cuál: ____

*MARCA: Renault | *MODELO: 2014 | *COLOR: Blanco Glacial

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: Alimentos Empacados

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI [ ] NO [X]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 12 horas | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 2

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
	No observado día / mes /año	FAVORABLE	/		/ %
		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	CRÍTICO
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. Resol. 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	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	REQUISITOS HIGIENICOS	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. 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 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%	X	FAVORABLE	90-100%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
		DESFAVORABLE	< 59,9%

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.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	—
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	—

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: —

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

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 11 del mes de 05 del año 2024 en la Ciudad de Florencia.

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: Jicella Obaldo G	NOMBRE:
CÉDULA: 1.116.914.558	CÉDULA:
CARGO: Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: SSM	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Amparo Salazar	NOMBRE:
CÉDULA: 55060710	CÉDULA:
CARGO: Gerente	CARGO:

ALCALDÍA DE FLORENCIA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO	CAQUETA	MUNICIPIO	FLORENCIA	FECHA	
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	18	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	1	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	18001900826330-6

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: Food Care S.A.S

NOMBRE COMERCIAL: Food Care SAS

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [X] Número de Identificación Tributaria: 900826330-6

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: —

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: —

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [ ] C.E [ ] Número de documento: —

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CL 33 No 3E 13 B/ Cunduy

Rural [ ] Urbano [X] Barrio: Cunduy Vereda:

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: —

TELÉFONO: 3208992668 FAX: — CELULAR: —

CORREO ELECTRÓNICO: foodcaresas.2@hotmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA: CL 33 No 3E 13 B/ Cunduy

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: — Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [ ]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Florencia *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Caqueta

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante	X	Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
				Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frío			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [ ]

Fecha de última inspección: ~~día~~ / mes /año Ultimo concepto sanitario emitio: —

Funcionario que realiza Inscripción: Jicella Cabaleda Guerrero

OBSERVACIONES:

Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

NINGUNA

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

Ninguna

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Ampon Solzar VJ FIRMA: Ampon Solzar VJ

CÉDULA: 55060310 EN CALIDAD DE: Gerente

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: Jicella Cabaleda Guerrero FIRMA: [signature]

CÉDULA: 1.116.919.558 EN CALIDAD DE: contratista

Se entrega copia al interesado.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO DE LA INSCRIPCIÓN	Caqueta	MUNICIPIO DE LA INSCRIPCIÓN	Florencia	FECHA	11 día 03 mes 2024
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	18	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	001	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	KJV393

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo ó interesado)

*TIPO DE CARROCERIA: Camioneta

* ¿CUAL ES UNIDAD DE TRANSPORTE CON LA QUE CUENTA EL VEHÍCULO?:

TIPO FURGON		PLACA DEL VEHÍCULO	
TIPO REMOLQUE		PLACA DEL REMOLQUE	
TIPO SEMIRREMOLQUE		PLACA DEL SEMIREMOLQUE	
OTRO TIPO	X	CUAL? Camioneta	PLACA DEL VEHÍCULO: KJV393

* ¿CUENTA CON CAJA, CONTENEDOR O CISTERNA, CON AISLAMIENTO TÉRMICO (ISOTERMO)? SI [X] NO [ ]

* ¿CUENTA CON UNIDAD DE FRÍO? SI [ ] NO [X]

* TIPO DE PRODUCTO TRANSPORTADO: Alimentos Empacados

IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo ó interesado)

Persona Natural [ ] —

Persona Jurídica [X] FOOD CARE S.A.S

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [ ] C.E [ ] NIT [X] Número de documento: 900826330-6

TELÉFONO: — FAX: — CELULAR: 3208992068

CORREO ELECTRÓNICO: foodcaresas.2@hotmail.com

*DIRECCION DE NOTIFICACION FÍSICA: CL 33 No 3E-13 B1 Condy

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: — Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [ ]

*MUNICIPIO DE NOTIFICACIÓN: Florencia *DEPARTAMENTO DE NOTIFICACIÓN: Caqueta

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

Entidad Territorial de Salud (ETS): Secretaria de Salud Vehiculo vigilado por la ETS NO [ ] SI [X]

Funcionario que realiza Inscripción: Jicelly Cobaleda Guerrero

OBSERVACIONES:

Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

Por parte del responsable del vehículo o quien realiza la inscripción del vehículo:

Ninguno

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del vehículo)

NOMBRE COMPLETO: Ampac Solaco S. FIRMA:

CÉDULA: 1120603116 EN CALIDAD DE: Conductor

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: Jicelly Cobaleda Guerrero FIRMA:

CÉDULA: 1.116.9[illegible].558 EN CALIDAD DE: Contratista

Se entrega copia al interesado.