

E.S.E.: Subred Sur

Fecha: 08/04/2024

### IDENTIFICACIÓN DEL VEHICULO

|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ID vehículo: 66267                                                                                                                                                                                                            | Número de Inscripción: 31792                                                                                                                           | Número de carpeta: 66267 |
| Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección: Vía Pública                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        |                          |
| Dirección donde se realiza la inspección: Cl 47 B sur 26 Vía Pública                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                          |
| Localidad: Tenipuelito                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |                          |
| UPZ: Venecia                                                                                                                                                                                                                  | Barrio: Samoré                                                                                                                                         |                          |
| Nombre del propietario del vehículo: Carlos Joaquín Castro Buitrago                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                        |                          |
| Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número: 80396105 |                                                                                                                                                        |                          |
| Correo electrónico para notificación: bellocampo2000@gmail.com                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        |                          |
| Dirección de Notificación: Cl 24 A 53 40                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                        | Teléfono: 3152342461     |
| Nombre del propietario del producto: Carlos Joaquín Castro Buitrago                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                        |                          |
| Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número: 80396105 |                                                                                                                                                        |                          |
| Correo electrónico para notificación: bellocampo2000@gmail.com                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        |                          |
| Dirección de Notificación: Cl 24 A 53 40                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                        | Teléfono: 3152342461     |
| Línea de intervención: Alimentos Sanos y Seguros                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                        |                          |
| Clase de vehículo: Camioneta                                                                                                                                                                                                  | Tipo de carrocería: Van                                                                                                                                |                          |
| Modelo: 2011                                                                                                                                                                                                                  | Marca: Chevrolet                                                                                                                                       | Placa: SWT169            |
| Sistema de refrigeración: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        |                          |
| Número de trabajadores: 1                                                                                                                                                                                                     | Horario: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> |                          |
| Días de funcionamiento: Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Domingo a domingo Fin de semana <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>                                                                      |                                                                                                                                                        |                          |
| Tipo de productos que transporta: Frutas Frescas, Verduras Frescas, Granos Enteros                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                          |

### CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN

|                               |                          |                                                                  |                                           |        |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 21 04 2023<br>DD MM AAAA | Favorable <input type="checkbox"/>                               | % De cumplimiento de la última inspección | 86,5 % |
|                               |                          | Favorable con requerimientos <input checked="" type="checkbox"/> |                                           |        |
|                               |                          | Desfavorable <input type="checkbox"/>                            |                                           |        |

### MOTIVO DE LA INSPECCIÓN

|                                                                   |                                                                          |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programación <input checked="" type="checkbox"/>                  | Solicitud del interesado <input type="checkbox"/><br>Número de radicado: | Asociada a peticiones, quejas y reclamos <input type="checkbox"/><br>Número de radicado: |
| Solicitud oficial <input type="checkbox"/><br>Número de radicado: | Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/>              | Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/> |
| Otro: <input type="checkbox"/> Especifique:                       |                                                                          |                                                                                          |

### EVALUACIÓN

### CALIFICACIÓN

|                             |    |                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aceptable                   | A  | Marque con una X cuando el vehículo cumple la <b>totalidad</b> de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.                                                                                        |
| Aceptable con Requerimiento | AR | Marque con una X cuando el vehículo cumple <b>parcialmente</b> los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.                                                                                           |
| Inaceptable                 | I  | Marque con una X cuando el vehículo no cumple con <b>ninguno</b> 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 vehículo continúe ejerciendo sus labores. |

\*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

| 1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE                                                                                                                                                                                                                         |  |    |          |   | 1. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO                                   |                                                                  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----------|---|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | A  | AR       | I | HALLAZGOS                                                                |                                                                  |  |  |
| 1.1 Diseño sanitario del vehículo.<br>(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 | x<br>6   | 0 | No garantiza la total hermeticidad entre la cabina y la unidad de carga. |                                                                  |  |  |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |          |   | 6                                                                        | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta |  |  |
| 2. EQUIPOS Y UTENSILIOS                                                                                                                                                                                                                                      |  | A  | AR       | I | HALLAZGOS                                                                |                                                                  |  |  |
| 2.1 Condiciones de los utensilios.<br>(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 | x<br>6   | 0 |                                                                          |                                                                  |  |  |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |          |   |                                                                          |                                                                  |  |  |
| 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS                                                                                                                                                                                                                         |  | A  | AR       | I | HALLAZGOS                                                                |                                                                  |  |  |
| 3.1 Estado de salud.<br>(Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)                                                                                                                                                                               |  | 13 | x<br>6,5 | 0 |                                                                          |                                                                  |  |  |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |          |   |                                                                          |                                                                  |  |  |
| 3.2 Reconocimiento Médico<br>(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)                                                                                                                                                                      |  | 4  | x<br>2   | 0 |                                                                          |                                                                  |  |  |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |          |   |                                                                          |                                                                  |  |  |
| 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 | x<br>6,5 | 0 |                                                                          |                                                                  |  |  |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |          |   |                                                                          |                                                                  |  |  |

CONTINUACIÓN  
3. PERSONAL MANIPULADOR  
DE ALIMENTOS

A AR I

HALLAZGOS

3.4 Educación y Capacitación  
(Resolución 2674/2013,  
Artículos 12 y 13, Artículo 36.)

6 3 0

Presenta certificado de asistencia a la  
capacitación pero no los anexos de la  
misma como cronogramas y evaluaciones

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

33

La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta

C

4. SANEAMIENTO

A AR I

HALLAZGOS

4.1 Limpieza del vehículo.  
(Resolución 2674/2013,  
Art. 29, Núm. 4 y 5.)

15 7,5 0

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

15

La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta

C

5. VERIFICACIÓN SOBRE  
EL PRODUCTO

A AR I

HALLAZGOS

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

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

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

25

La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

C

% De cumplimiento

## II. CONCEPTO SANITARIO

| CONCEPTO                                      | Nivel de cumplimiento |
|-----------------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.

91,5%

## 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 vehículo a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta

## V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Congelación

Decomiso

☐ Suspensión total de trabajos o servicios

☐ Destrucción o desnaturalización

## VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Se socializa el acta MC y se socializa resolución 2679 del 2013.  
No lleva producto para volutar al momento de la inspección

Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección:

NINGUNA

## VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy 08 del mes de Abril del año 2024 en la ciudad de Bogotá D. C.  
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, propietario, representante legal, responsable del vehículo o quien atendió la inspección.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de (5) días contados a partir de la realización de la visita.

### POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA

Nombre: Edison Camilo Navarro Molagón  
Tipo de documento: CC  
Número de documento: 1032476522  
Profesión u oficio: Psicólogo de Sacramento Amb.  
Firma: (Firma)

### POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA

Nombre:  
Tipo de documento:  
Número de documento:  
Profesión u oficio:  
Firma:

### PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN

Nombre: Johan Hernando Gonzalez Perilla  
Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐  
Número de documento: 79627619  
Cargo: Encargado ☒ Conductor ☐  
Firma: (Firma)

### TESTIGO

Nombre:  
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐  
Número de documento:  
Firma:

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la Ley 9 de 1979, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011"

NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarrearán las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"