in ima

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

ALCALDÍA MOSQUERA

CIUDAD: MOSQUERA FECHA: 20/04/2025 ACTA N°: 1625-25

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE MOSQUERA

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO: Agencia de Comercializacion e innovacion

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC [ ] CE [ ] NIT [X] Numero de documento: 901486723

*PLACA DEL VEHICULO: ODT556 *NUMERO DE INSCRIPCION: ODT556

TELEFONOS: 7491900

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO: contactenosacidc@cundinamarca.gov.co

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Calle 26 # 51-53

*DEPARTAMENTO: Bogotá DC *MUNICIPIO: Bogotá DC

*CLASE DEL VEHICULO: Camioneta [ ] Camión [X] Moto [ ] Otro [ ] Cual:

*MARCA: Chevrolet MODELO: 2022 *COLOR: Blanco Niebla

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: Carga Seca

SISTEMA DE REFRIGERACION: SI [ ] NO [X]

*HORARIO Y DIA DE FUNCIONAMIENTO: 24 horas *NUMERO DE TRABAJADORES: 2

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

FECHA DE LA ULTIMA INSPECCION: Primera inspeccion

FAVORABLE [ ]
FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS [ ]
DESFAVORABLE [ ]
ADOPCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS SANITARIAS [ ]

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACION [ ] SOLICITUD DEL INTERESADO [X] SEGUIMIENTO A MEDIDAS SANITARIAS [ ]
SOLICITUD OFICIAL [ ] EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA [ ] SOLICITUD DE ACTA DE INICIO DE PROCESO SANCIONATORIO [ ]
OTRO [ ] Especifique:

EVALUACION

EVALUACION	CALIFICACION
Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple a cabalidad con lo establecido en la normatividad sanitaria vigente y el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente con lo establecido en la normatividad sanitaria vigente y el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple con lo establecido en la normatividad sanitaria vigente y el instructivo para el aspecto a evaluar
Critico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento de un ítem genere riesgo inminente para la salud de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida el procedimiento sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHICULO

	1 DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS	
1.1	Diseño sanitario del vehiculo (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 Num 5 y 9 Resol 2505/2004 Art 4)	12 X				C
	CALIFICACION DEL BLOQUE			12%		
	2 EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	
2.1	Condiciones de los utensilios (Decreto 561 de 1984 Art 98 Decreto 2278/1982 Art 356 y 368 Resolucion 2505 de 2004 Art 4 Resol 2674/2013 Art 29 Num 1 y 5 Art 9 Num 1 2 Resoluciones 683 4142 y 4143 de 2012 634 y 635 de 2013)	12 X				C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12%		
	3 PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS	
3.1	Estado de salud (Resol 2674/2013 Art 11 Num 5 Art 14 Num 1 2)	13 X				C
3.2	Reconocimiento Médico (Resolucion 2674 de 2013 Articulo 11 Numeral 1 2 3 4)	4		X	No se evidencia documentación relacionada con reconocimiento médico	C

Powered by CamScanner

13	[illegible]	13	X			C
14	[illegible]	6	X			C
	CALIFICACION DEL BLOQUE			32%	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta	
4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS	CRITICO
4.1	[illegible] (Decreto 1071/2015 Art. 2.9.1.1.1, 5)	15	X			C
	CALIFICACION 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. 333, 369 [illegible] Dec. 60 561 de 1984 Art. 69, 97 [illegible] 69 Res. 2674 2013 Art. 29 Num. 6 [illegible] Art. 30. Parágrafo 1 y 2)	20	X			C
5.2	Empaque (estibado y vida útil) (Decreto 55 de 1981 Art. 75 Decreto 3703 d. 2005 Res. 2674 2013 Art. 29 [illegible] Art. 29 Num. 11	5	X			C
	CALIFICACION DEL BLOQUE			25%	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO [illegible]	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
96	X	FAVORABLE	90-100%	En caso que uno o mas de los aspectos evaluar sea identificado como crítico calificado como inaceptable (I) independient del porcentaje de cumplimiento obtenido e CONCEPTO SANITARIO a emitir sera DESFAVORABLE y se procedera a aplicar l MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDA respectiva
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	80 - 89.9%	
		DESFAVORABLE	< 79.9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NUMERO DE MUESTRAS TOMADAS: —

NUMERO DE ACTA DE TOMA DE MUESTRAS: —

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se deberá [illegible] establecimiento [illegible] de la actividad sanitaria corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

SI [X] CUAL: —

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

—

Por parte del establecimiento:

—

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia se eviden la veracidad y ratifican lo en el contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita hoy 20 del mes de Abril de 2025 en la Ciudad de Mosquera

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA			
FIRMA	[signature]	FIRMA	
NOMBRE	Ingrid Ostos	NOMBRE	
CEDULA	1073244747	CEDULA	
CARGO	Contratista	CARGO	
INSTITUCION	SSM	INSTITUCION	
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA	[signature]	FIRMA	
NOMBRE	Jairo Ernesto Mejia	NOMBRE	
CEDULA	3022265	CEDULA	
CARGO	Conductor	CARGO	

Powered by CamScanner

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

ALCALDIA MOSQUERA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | MUNICIPIO: MOSQUERA | FECHA: 20/04/2025

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 25 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 473 | NUMERO DE INSCRIPCION: ODT556

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

IDENTIFICACION DEL VEHÍCULO
(La siguiente sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de vehículo ó interesado)

CLASE DE CARROCERIA: Furgon

CLASE DE UNIDAD DE TRANSPORTE CON LA QUE CUENTA EL VEHICULO: [X] | PLACA: ODT556

[ ] | PLACA No.: | AÑO MODELO:

[ ] TIPO REMOLCADOR | CAPACIDAD DE CARGA:

OTRO: [ ] CUAL? | NUMERO DE EJES:

VEHICULO CON CAJA CONTENEDOR O CISTERNA CON AISLAMIENTO TERMICO (ISOTERMO)? SI [ ] NO [X]

CUENTA CON UNIDAD DE FRIO? SI [ ] NO [X]

TIPO DE PRODUCTO TRANSPORTADO: Carga Seca

IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA
(La siguiente sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de vehiculo o interesado)

PERSONA NATURAL: [ ]

PERSONA JURIDICA: [X] Agencia de comercializacion e innovacion

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [ ] CE [ ] NIT [X] NUMERO DOCUMENTO: 901486723

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserio [ ] UPZ [ ]

TELEFONO: 7491900 | FAX: | CELULAR:

CORREO ELECTRONICO: contactenosacde@cundinamarca.gov.co

DIRECCION DE NOTIFICACION FISICA: Calle 26 # 51 - 53

DIRECCION DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: contactenosacde@cundinamarca.gov.co | Autoriza notificación electrónica? SI [X] NO [ ]

MUNICIPIO DE DIRECCION DE NOTIFICACION: Bogotá DC | DEPARTAMENTO DE DIRECCION DE NOTIFICACION: Bogota DC.

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

Entidad Territorial de Salud (ETS): SECRETARIA DE SALUD DE MOSQUERA | Vehiculo valido para ETS: SI [ ] 5 [ ]

Nombre que realiza Inscripción: Ingrid Ostos

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

Por parte del responsable del vehiculo o quién realiza la inscripción del vehiculo:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del vehiculo)
NOMBRE COMPLETO: Nito Oliveros Ucs | FIRMA:
CEDULA: 72023295 | EN CALIDAD DE: Conductor

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)
NOMBRE COMPLETO: Ingrid Ostos | FIRMA:
CEDULA: 1073244883 | EN CALIDAD DE: Contratista

Se entrega copia al interesado

Powered by CamScanner

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-VSP-065
Gobernación de CUNDINAMARCA	ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS	Versión: 01
		Fecha de Aprobación: 10/Ago/2016

CIUDAD: SOACHA FECHA: 16-05-2023 (día / mes/año) ACTA N°: 18425

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria salud cundinamarca

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO: Daniel Eduardo Belmonte Sarmiento

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 79 164 992

*PLACA DEL VEHÍCULO: WOS 598 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: WOS 598

TELÉFONOS: 3006029901

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO: dbelmontesarmiento94@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CLL N°4-52

*DEPARTAMENTO: Cundinamarca *MUNICIPIO: Fusagasugá

*CLASE DEL VEHÍCULO: Camioneta [X] Camión [ ] Moto [ ] Otro [ ] Cual: Furgon

*MARCA: HINO *MODELO: 2017 *COLOR: Blanco

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: Productos agricolas

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI [ ] NO [ ]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: Todos los dias 24 horas *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
Epidemia oficial		EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA		SOLICITUD DE PRACTICA 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 implica 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. 3674/2013. Art. 19, Núm. 6 y 8. 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	
2.1	Condiciones de los utensilios. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 356 y 358. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 3674/2013. Art. 28. Núm. 1 y 3. Art. 9. Núm. 1, 2. Resoluciones 663, 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	
3.1	Estado de salud. (Resol. 3674/2013, Art. 11, Núm. 3, Art. 14, Núm. 13.)	13	6,5	0		C
3.2	Reconocimiento Médico (Resolución 3674 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	V	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			75%	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione SOLO una opción (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:

Cumple con los hallazgos en esta licencia tiene validez de un año apartir de la fecha de expedición

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia y previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 16 del mes de mayo del año 2022 en la Ciudad de Girardot

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		POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:	Gilberto Ramírez Acosta	NOMBRE:	
CÉDULA:	3.150112 San Cayetano	CÉDULA:	
CARGO:	Tecnico Operativo	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	SSE Hilario Lugo	INSTITUCIÓN:	
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:		NOMBRE:	
CÉDULA:		CÉDULA:	
CARGO:		CARGO:	