ima

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

CALIDAD MOSQUERA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | MUNICIPIO: MOSQUERA | FECHA: 14/04/2025

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

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

IDENTIFICACION DEL VEHÍCULO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario del vehículo ó interesado)

CARROCERIA: Furgon

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

OTRO: | CUAL:

CARROCERIA 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 y Frover

IDENTIFICACION DEL PROPIETARIO PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario del vehículo o interesado)

PERSONA NATURAL: | PERSONA JURIDICA: X | Agencia de comercializacion e innovacion

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC: | CE: | NIT: X | NUMERO DE DOCUMENTO: 901486723

Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Cabecera: | UZ:

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 el envio de notificaciones electronicas: SI: X | NO:

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

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 DE MOSQUERA | Vehiculo evaluado por ETS: SI: | NO:

Funcionario 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 vehículo)
NOMBRE COMPLETO: Mario Orlando Neira | FIRMA:
CEDULA: 1023295 | EN CALIDAD DE: Conductor

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)
NOMBRE COMPLETO: Ingrid Ostos | FIRMA:
CEDULA: 1073249[illegible] | EN CALIDAD DE: Contratista

Se entrega copia al interesado

Powered by CamScanner

In ima

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

ALCALDIA DE MOSQUERA

CIUDAD: MOSQUERA FECHA: 14/04/2025 ACTA N°: 1425-25

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 ☒ Numero de documento: 901486723

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

TELEFONOS: 7499900

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

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACION: Calle 26 # 51-83

*DEPARTAMENTO: Bogotá DC *MUNICIPIO: Bogota DC

*CLASE DEL VEHICULO: Camioneta ☐ Camión ☒ Mula ☐ Otro ☐ Cuál

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

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: Carga seca y Frover

SISTEMA DE REFRIGERACION: SI ☐ NO ☒

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

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

FECHA DE LA ULTIMA INSPECCION:

FAVORABLE ☐

FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS ☐

DESFAVORABLE ☐

ADOPCIÓN MEDIDA PREVENTIVA SANITARIA ☐

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACION ☐ SOLICITUD DEL INTERESADO ☒ ESCOLTA A RETÉN EL CRUCE RIO FRIO

SOLICITUD OFICIAL ☐ EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA ☐ SOLICITUD DE PROPIETARIO PROCESO DE MONITOREO

OTRO ☐ Especifique

EVALUACION / CALIFICACION

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple a cabalidad con lo instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente con lo instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple con lo instructivo para el aspecto a evaluar
Critico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento de uno o varios de los ítems evaluados y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida el ejercicio sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

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 366 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 834 y 835 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			C

Powered by CamScanner

3	[illegible]	13	X		C
3.4	[illegible]	6	X		C
	CALIFICACION DEL BLOQUE			36%	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta
4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS — CRITICO
4.1	[illegible] (Decreto 1575/2007 Art 29 Num 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. (Dec. 3075/1997 Art. 33, 36 y 73; Dec. 3930 de 2010 Art. 69, 97 y 98; Res. 2674 2013 Art. 29 Num 6 y 8; Art. 30 Parágrafo 1 y 2)	20	X		C
5.2	Empaque rotulado y vida útil (Decreto 60 de 1982 Art. 73; Decreto 3075 de 2005; Res. 2674 2013 Art. 29 Numeral 2 Art. 29 Num 1)	5	X		C
	CALIFICACION DEL BLOQUE			25%	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO (Se expide con base en la calificación sanitaria emitida)	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
100%	X	FAVORABLE	90-100%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	80 - 89.9%
		DESFAVORABLE	< 79.9%

En caso que uno o más de los aspectos evaluar sea identificado como crítico calificado como inaceptable (I) independient del porcentaje de cumplimiento obtenido e 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

NUMERO DE MUESTRAS TOMADAS:

NUMERO DE ACTA DE TOMA DE MUESTRAS:

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se deberá [illegible] actividad sanitaria que allí se requiere corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

SI ( ) NO (X) CUAL

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia se evalúa la visita y ratifica lo del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita hoy 14 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	CÉDULA	
CARGO	Contratista	CARGO	
INSTITUCION	SSM	INSTITUCION	
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA	[signature]	FIRMA	
NOMBRE	Jairo Ernesto Ortiz	NOMBRE	
CEDULA	3022365	CEDULA	
CARGO	Conductor	CARGO	

Powered by CamScanner