Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección Vigilancia y Control higiénico sanitaria a Vehículos transportadores de alimentos y materias primas para alimentos

Acta Número
AS11C 012246

Subred: Sur occidente — Número de Inscripción: ———

Unidad de Servicios de Salud: Fontibon — Número de Carpeta: ———

1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHICULO

1.1 Línea de Intervención: Alimentos Sanos y Seguros.			
1.2 Actividad: Vehículo Transportador de Alimentos			
1.3 Dirección donde se realiza la inspección: Kr 106 15A 32			
1.5 Localidad: Fontibon	1.6 UPZ: Zona Franca.		
1.7 Barrio: Compostela			
1.8 Nombre del propietario del vehiculo: Pedro yeriss Salamanca Pira		1.9 Teléfono: 3188295504.	
1.10 Tipo de documento: C.C. [X] C.E. [ ] NIT. [ ]	1.13 Número: 80137741	1.11 Email: infopedrosa@gmail.com	
1.12 Dirección de Notificación: calle 72 B bis sur 77 i 81			
1.13 Nombre del conductor: Pedro yeriss Salamanca Pira		1.14 Teléfono:	
1.15 Tipo de documento: C.C. [X] C.E. [ ]		1.16 Número: 80137741	
1.17 Nombre del propietario del producto: Pedro Yeriss Salamanca Pira		1.18 Teléfono:	
1.19 Tipo de documento: C.C. [X] C.E. [ ] NIT. [ ]	1.22 Número: 80137741.	1.20 Email:	
1.21 Tipo de vehículo: Camión [ ] Camioneta [X] Tracto - Camión [ ] Remolque [ ] Trailer [ ] Otro [ ] Cual:			
1.22 Tipo de carroceria: Cabinado [ ] Van [ ] Furgón [ ] Capacete [ ] Botellero [ ] SRS [ ] Tanque [ ] Otra [X] Cual: Panel.			
1.23 Modelo: 2011	1.24 Marca: Chevrolet	1.25 Color: Blanco luna	1.26 Placa: UFY 431.
1.27 Sistema de refrigeración: SI [ ] NO [X]			
1.28 Horario y dia de funcionamiento: Domingo a Domingo 24 H.		1.29 Numero de trabajadores: 1	
1.30 Tipo de alimento que transporta: 4. Frutas y otros vegetales. 6 Cereales y Productos de Base de Cereales. 6 Granos			
1.31 Tipo de materias primas que transporta: 4.1 Frutas Frescas. 6.1 Granos Enteros o Triturados o en copos			

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DIA	MES	AÑO			
	Nuevo			Favorable [ ] / Favorable con requerimientos [ ] / Desfavorable [ ]	% De cumplimiento de la última inspección	%

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 con **ninguno** los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.
		Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte

Subdirección Imprenta Distrital DDI

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
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 X	6	0	Pintura deteriorada en area de carga, en paredes. Puerta con orificios no reWBientes. C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			6	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
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. 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	6	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
3.1 **Estado de salud.** (Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)	13 X	6,5	0	C
3.2 **Reconocimiento Médico** (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	4 X	2	0	Reconocimiento realizado el 03-10-2019 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 X	6,5	0	tiene dotación completa acorde a la actividad que realiza. C

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
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 X	3	0	No presenta plan de capacitación completo con: listados de asistencia. C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			33	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
4. SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1 **Limpieza del vehículo.** (Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)	15 X	7,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			15	La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
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 X		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 X	2,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Acta de Inspección Vigilancia y Control higiénico sanitaria a Vehículos transportadores de alimentos y materias primas para alimentos

Acta Número AS11C 012246

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO (seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir)		Nivel de cumplimiento	
91%	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	no
Número del acta de toma de muestras	no

IV. REQUERIMENTOS 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 ☒

Clausura temporal total	☐	Suspensión total de trabajos o servicios	☐
Clausura temporal parcial	☐	Decomiso	☐
Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐	Congelación	☐

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria: los Hallazgos registrados corresponden a lo evidenciado en la Inspección sanitaria, se realiza rotulado con acta anexa. Se Socializa la resolución 719 de 2015. se dejan 6 Folios más 2 del Rotulado para un total de 8 Folios.

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACIÓN 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 29 del mes de Junio del año 2020 en la ciudad de Bogotá D. C.

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 (5) días contados a partir de la realización de la visita.

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre: Marcela Bandt Solano	Nombre:
Tipo de documento: CC	Tipo de documento:
Número de documento: 1015423301.	Número de documento:
Cargo: TSA.	Cargo:
Firma: Marcela Bandt Solano.	Firma:
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	**TESTIGO**
Nombre: Ledys Salamanca.	Nombre:
Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ NIT ☐	Tipo de documento:
Número de documento: 60159711	Número de documento:
Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☒ Encargado ☐	Firma:
Firma: Ledys Salamanca	

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Verificación de acciones preventivas en COVID 19*

Acta Número ASMC 012246.

E.S.E.: Sin credencial Número de Carpeta: no tiene.

Fecha: 21 07 2020 Número de Inscripción: no tiene.

CÉDULA ESTABLECIMIENTO

Nombre del establecimiento:

Dirección: Kr 106 V IY 139. 154-32

Correo electrónico para notificación** no tiene.

Localidad: Teléfono:

No	ITEM	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES / HALLAZGOS
	GENERALES			
1	Tiene protocolos escritos e implementados de bioseguridad relacionados con COVID 19 para el establecimiento.			N.A
2	Vehículos de proveedores con dos tripulantes incluido conductor y utilizan los elementos de bioseguridad necesarios.	X		
3	Vehículos propios cuentan con protocolo de limpieza y desinfección y el conductor cuenta con los EPP respectivos.	X		
	INFRAESTRUCTURA			
1	¿Existe un área de recepción de insumos con las características ajustadas al tamaño de estos?			N.A
2	¿Se dispone de barreras físicas en las áreas de recepción, de manera que se evite el contacto físico y se reduzca la exposición?			N.A
3	El establecimiento cuenta con un espacio para que los trabajadores guarden sus elementos personales y ropa de diario en el caso en que se requiera. Igualmente, de bolsas para guardar la ropa de trabajo y posterior lavado (tener cuidado con las prendas personales).			N.A
4	¿Se encuentran ventiladas las áreas de almacenamiento de insumos y producto terminado?			N.A.
	LAVADO DE MANOS			
1	Dispone de mecanismos permanentes de lavado de manos (Agua, jabón líquido y toallas desechables)			N.A
2	Dispone de alcohol glicerinado (60 al 95%).	X		
3	Cumple con las frecuencias para lavado de manos.			N.A
4	Realiza acciones de comunicación y educación en lavado de manos.			N.A
5	Se encuentran dispositivos de lavado de manos en áreas comunes y zonas de trabajo			N.A
6	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.			N.A

*Nota: El presente instrumento no valida o avala el protocolo de bioseguridad establecido para el establecimiento.
**Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica"

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DID

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Verificación de acciones preventivas en COVID 19

Acta Número

No	ITEM	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES / HALLAZGOS
	DISTANCIAMIENTO FÍSICO			
1	Los trabajadores permanecen a 2 metros de separación unos de otros, teniendo en cuenta áreas de maquinaria y equipo, áreas de trabajo, sociales y de servicios.	X		/
2	Se controla el aforo de ingreso y permanencia en las instalaciones			N.A.
3	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.			N.A
	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP			
1	Los empleados cuentan con EPP y se garantiza su adecuado uso			
2	Garantiza la correcta disposición final de los EPP	X		N.A
3	Los usuarios utilizan tapabocas de forma permanente			ASMC 012296 N.A
4	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.			ASMC 012296 N.A
	LIMPIEZA			
1	Aumento en la frecuencia de actividades de lavado y desinfección de equipos, instalaciones, insumos, correspondencia, elementos externos y producto terminado si aplica.	X		/
2	Seguimiento, monitoreo y registros de limpieza			N.A.
	CONTROL DE SALUD DE LOS EMPLEADOS			
1	Se verifica el estado de salud del personal del establecimiento.			N.A
2	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.			N.A.
	OTROS ASPECTOS			
1	Capacitación a personal sobre el COVID 19 y medidas de bioseguridad.	X		/
2	¿Existe un documento con instrucciones detalladas para la toma rutinaria de temperatura al ingreso y salida del turno, al inicio de la jornada laboral y al finalizar la misma? o ¿Mínimo 2 veces por turno?			N.A
3	Socialización a usuarios sobre el COVID 19 y medidas de bioseguridad.			N.A
4	Se cumple el protocolo con las personas que presentan síntomas de COVID 19.			N.A
5	Se cuenta con información relacionada con los domicilios entregados de parte del establecimiento (Registro, EPP, doble bolsa, elementos para sanitizar manos).			N.A.

FUNCIONARIO DE SALUD	PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA
Nombre: Marcela Bandl	Nombre:
Tipo de documento: CC	Tipo de documento: C.C ☐ C.E ☐ NIT ☐
Número de documento: 1015423301.	Número de documento:
Cargo: TSA	Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☐
Firma: Marcela Bandl.	Firma:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ