

E.S.E.: Subtel Sur

Fecha: 19 07 2024

IDENTIFICACIÓN DEL VEHICULO

|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                       |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ID vehículo: 76435                                                                                                                                                                                                            | Número de inscripción: 47064                                                                                                                          | Número de carpeta: 76435 |
| 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: Tenipello                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |                          |
| UPZ: Venecia                                                                                                                                                                                                                  | Barrio: Samoré                                                                                                                                        |                          |
| Nombre del propietario del vehículo: Ingrid Mayerl Fugene Mercedes                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                          |
| Tipo de documento: CC <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: 1022498687 |                                                                                                                                                       |                          |
| Correo electrónico para notificación: No tiene                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                          |
| Dirección de Notificación: KR 72 B 1 21                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       | Teléfono: 3192237658     |
| Nombre del propietario del producto: Iván de Jesús Rivera Ganced                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |                          |
| Tipo de documento: CC <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: 5909957    |                                                                                                                                                       |                          |
| Correo electrónico para notificación: No tiene                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                          |
| Dirección de Notificación: KR 72 B 1 21                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       | Teléfono: 3192237658     |
| Línea de intervención: Alimentos Sólidos y Líquidos                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |                          |
| Clase de vehículo: Camioneta                                                                                                                                                                                                  | Tipo de carrocería: Furgon                                                                                                                            |                          |
| Modelo: 2022                                                                                                                                                                                                                  | Marca: JAC                                                                                                                                            | Placa: JVK46             |
| Sistema de refrigeración: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                          |
| Número de trabajadores: 1                                                                                                                                                                                                     | Horario: Diurno <input checked="" type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas <input 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, Pastas Alimenticias, Verduras Frescas, abarrotes                                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                          |

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN

|                               |                          |                                                                  |                                           |      |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 04 07 2024<br>05 11 2024 | Favorable <input type="checkbox"/>                               | % De cumplimiento de la última inspección | 88 % |
|                               |                          | 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

|                              |    |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acceptable                   | A  | Marque con una X cuando el vehículo cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar                                                                                               |
| Acceptable con Requerimiento | AR | Marque con una X cuando el vehículo cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar                                                                                                  |
| Inacceptable                 | I  | Marque con una X cuando el vehículo no cumple con ninguno los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar                                                                                                |
| Critico                      | 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

Hoja 1/4

Cra 32 No 12-81  
Tel: 364 9030  
www.saludcapital.gov.co



SECRETARÍA DE  
SALUD

BOGOTÁ

| 1.CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO                                                                                                                                                                                                                                          |    |          |    |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE                                                                                                                                                                                                                                           | A  | AR       | I  | HALLAZGOS                                                                           |
| 1.1 Diseño sanitario del vehículo.<br>(Decreto 561 de 1984, Art. 98.<br>Decreto 2278/1982 Art. 365, 367,<br>368, 369 y 373, Decreto 616 de<br>2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59.<br>Resol. 2674/2013. Art. 29,<br>Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004.<br>Art. 4.)                       | 12 | X<br>6   | 0  | Se evidencian partes de la<br>unidad de carga en material no<br>higiénico sanitario |
| 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.<br>Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368.<br>Resolución 2505 de 2004, Art. 4.<br>Resol. 2674/2013. Art. 29,<br>Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2.<br>Resoluciones 683, 4142 y 4143<br>de 2012; 834 y 835 de 2013.) | 12 | X<br>6   | 0  |                                                                                     |
| 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.<br>(Resol. 2674/2013. Art. 11,<br>Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)                                                                                                                                                                                              | 13 | X<br>6,5 | 0  |                                                                                     |
| 3.2 Reconocimiento Médico<br>(Resolución 2674 de 2013,<br>Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)                                                                                                                                                                                     | 4  | X<br>2   | 0  |                                                                                     |
| 3.3 Prácticas higiénicas.<br>(Resolución 2674/2013,<br>Artículo 14, Números 1, 2, 3,<br>4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14.<br>Artículo 36. Artículo 35,<br>Numeral 5 y 7.)                                                                                                     | 13 | X<br>6,5 | 0  |                                                                                     |

Impresión: Secretaría General - Subdirección Inspección Distrital

| CONTINUACIÓN<br>3. PERSONAL MANIPULADOR<br>DE ALIMENTOS                                                                                                                                                                 | A       | AR                                                                  | I | HALLAZGOS                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.4 Educación y Capacitación<br>(Resolución 2674/2013,<br>Artículos 12 y 13. Artículo 36.)                                                                                                                              | X<br>6  | 3                                                                   | 0 | <br><div style="text-align: right;">C</div>   |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                 |         | 36 La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta |   |                                                                                                                                 |
| 4. SANEAMIENTO                                                                                                                                                                                                          | A       | AR                                                                  | I | HALLAZGOS                                                                                                                       |
| 4.1 Limpieza del vehículo.<br>(Resolución 2674/2013.<br>Art. 29, Núm. 4 y 5.)                                                                                                                                           | X<br>15 | 7,5                                                                 | 0 | <br><div style="text-align: right;">C</div>   |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                 |         | 15 La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta |   |                                                                                                                                 |
| 5. VERIFICACIÓN SOBRE<br>EL PRODUCTO                                                                                                                                                                                    | A       | AR                                                                  | I | HALLAZGOS                                                                                                                       |
| 5.1 Condiciones de conservación<br>del producto.<br>(Decreto 2278/1982 Art. 368,<br>369, 373. Decreto 561 de 1984,<br>Art. 89, 97, 98, 99.<br>Resol. 2674/2013. Art. 29,<br>Núm. 6, 7, 8. Art. 30,<br>Parágrafo 1 y 2.) | X<br>20 |                                                                     | 0 | <br><div style="text-align: right;">C</div> |
| 5.2 Empaque, Rotulado y vida útil.<br>(Decreto 561 de 1984, Art. 73.<br>Decreto 5109 de 2005.<br>Resol. 2674/2013. Art. 19,<br>Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)                                                             | X<br>5  | 2,5                                                                 | 0 | <br><div style="text-align: right;">C</div> |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                 |         | 25 La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta |   |                                                                                                                                 |

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

| II. CONCEPTO SANITARIO |                              |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| % De cumplimiento      | CONCEPTO                     | Nivel de cumplimiento | 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. |
| 94%                    | X Favorable                  | 90-100%               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                        | Favorable con requerimientos | 60-89,9%              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                        | Desfavorable                 | <59,9%                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 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                                    | <input type="checkbox"/> Suspensión total de trabajos o servicios |
| Decomiso                                       | <input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización          |

| VI. OBSERVACIONES |  |
|-------------------|--|
|-------------------|--|

Por parte de la autoridad sanitaria:

Se socializa el acta ivc de Sociedad Resolutoria 2679 del 2013 la cual produce para reducir al mínimo de la inspección. Se aclara que la placa de vehículo es: JVK196

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 19 del mes de 07 del año 2019 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                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                   | POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Nombre: Felisa Camila Navarro Maldonado                                                                                                                                                                      | Nombre:                                                                                                                                                                                           |                                     |  |
| Tipo de documento: CC                                                                                                                                                                                        | Tipo de documento:                                                                                                                                                                                |                                     |  |
| Número de documento: 90.497652                                                                                                                                                                               | Número de documento:                                                                                                                                                                              |                                     |  |
| Profesión u oficio: Epidemiólogo o Inmunólogo (Autod)                                                                                                                                                        | Profesión u oficio:                                                                                                                                                                               |                                     |  |
| Firma: [Firma]                                                                                                                                                                                               | Firma:                                                                                                                                                                                            |                                     |  |
| PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   | TESTIGO                             |  |
| Nombre: Juan de Jesús Rivera Gómez                                                                                                                                                                           | Nombre:                                                                                                                                                                                           |                                     |  |
| 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"/> | Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> |                                     |  |
| Número de documento: 590.4157                                                                                                                                                                                | Número de documento:                                                                                                                                                                              |                                     |  |
| Cargo: Encargado <input type="checkbox"/> Conductor <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                      | Firma:                                                                                                                                                                                            |                                     |  |
| Firma: [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"