Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección sanitaria con enfoque de riesgo para establecimientos de preparación de alimentos

Acta Número
AS02N 500597

Subred: Norte Número de Inscripción:

Unidad de Servicios de Salud: Engativa Número de Carpeta:

Fecha: 01 04 2019 Número de Inscripción:

Tipo de establecimiento: Restaurante ☐ Cafeteria ☐ Panaderia ☐ Fruteria ☐
Comidas rápidas ☐ Comedores ☐ Cúal: Planta Abastecimientos de alimentos

CÉDULA ESTABLECIMIENTO

Razón social: Integral Servicios S.as

Nombre del establecimiento: Integral Servicios

NIT: 900414529-0 Sede: Normandia

Dirección: Calle 55 71-36 Localidad: Engativa

UPZ: Santa cecilia Teléfono 1 3002383 Teléfono 2: 3213003487

Barrio: Normandia Correo electronico:

Nombre propietario: Integral Servicios sas

Tipo de documento: C. C. ☐ C. E. ☐ NIT. ☒ Número documento: 900414529-6

Nombre representante legal: Diana milena espejo

Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ Número documento: 52844836

Persona que atiende la visita: Ximena Gutierrez Linares Cargo: Ing Ambiental

Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ Número documento: 1035869422

Dirección de notificación: Calle 55 71-36

Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☒ NO ☐

Número matrícula mercantil del establecimiento: 2166807602

La matricula mercantil del establecimiento está actualizada: SI ☒ NO ☐

Linea de intervención: Alimentos lacteos y legumi Tipo de establecimiento: Planta de Abastecimiento de alimentos

Intervención: IVC Abastecimientos

Número de trabajadores: 10 Horario: diurno ☒ nocturno ☐ 24 horas ☐ otro :

Dias de funcionamiento: lunes a viernes ☐ domingo a domingo ☐ fin de semana ☐ otro:

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	16/12/18	Favorable ☒ Favorable con requerimientos ☐ Desfavorable ☐	% De cumplimiento de la última inspección	96.5 %

MOTIVO DE LA VISITA

Programación ☐	Solicitud del interesado ☒	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

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.

Impresión Subdirección Inspección Distrital DCI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

EVALUACIÓN		
Inaceptable	I	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple con **ninguno** los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.
No aplica	NA	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.
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 establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS

1. EDIFICACIÓN E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1 **Localización y diseño** (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,3 y 2.6,; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)	(2)	1	0	C
1.2 **Condiciones de pisos y paredes** (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)	(2)	1	0	C
1.3 **Techos, iluminación y ventilación** (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)	(2)	1	0	C
1.4 **Instalaciones sanitarias** (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)	(4)	2	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			10	La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital 201

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

2. EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1 **Condiciones de equipos y utensilios.** (Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)	5	2,5	0	C
2.2 **Superficies de contacto con el alimento.** (Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10.Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)	7	3,5	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** (Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)	7	3,5	0	C
3.2 **Reconocimiento Médico.** (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	2	1	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.)	7	3,5	0	C

Impresión: Subdirección Inspección Distrital IDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.4 **Educación y capacitación** (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	4	2	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta

4. REQUISITOS HIGIÉNICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1 **Control de materias primas e insumos** (Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Articulo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)	5	2,5	0	C
4.2 **Prevención de la contaminación cruzada** (Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)	9		0	C
4.3 **Manejo de temperaturas** (Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425.Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)	7	3,5	0	LAS PLANILLAS DE TOMA DE TEMPERATURA ESTAN INCOMPLETAS C
4.4 **Condiciones de almacenamiento** (Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)	4	2	0	NA C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			21.5	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

Impreso: Subdirección Inteligencia Sanitaria DSI

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

invima
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

5 SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1 **Suministro y calidad de agua potable** (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)	7	3,5	0	C
5.2 **Residuos liquidos** (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)	4	2	0	C

5 CONTINUACIÓN SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.3 **Residuos sólidos** (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)	4	2	0	C
5.4 Control integral de plagas (Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)	9		0	C
5.5 Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios (Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)	7	3,5	0	C
5.6 **Soportes documentales de saneamiento** (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)	2	1	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		23	La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta	

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital 301

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento		CONCEPTO (seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir)	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.
96.5	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	0
Número del acta de toma de muestras	

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:

Se emite Concepto Sanitario "FAVORABLE" se cambia actividad comercial de CATERING A PLANTA DE PROCEDIMIENTO DE ALIMENTOS ES DECIR LA ACTIVIDAD O TIPO DE ESTABLECIMIENTO CORRESPONDE A UNA PLANTA DE PROCESAMIENTOS DE ALIMENTOS

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 1 del mes de 04 del año 2019 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 antendió 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: LUZ CANDE CALDERON	Nombre:
Tipo de documento: CEDULA	Tipo de documento:
Número de documento: 1758 1344	Número de documento:
Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	**TESTIGO**
Nombre: Ximena Gutierrez	Nombre:
Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ NIT ☐	Tipo de documento:
Número de documento: 1030569422	Número de documento:
Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☐	Firma:
Firma:	

Imprenta: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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 AS11N 249629

Subred: SUR Número de Inscripción:

Unidad de Servicios de Salud: VISTA HERMOSA 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: CL 69 SUR 37 C 15

1.5 Localidad: CIUDAD BOLIVAR | 1.6 UPZ: 66

1.7 Barrio: CANDELARIA

1.8 Nombre del propietario del vehiculo: INTEGRAL SERVICIOS SAS | 1.9 Teléfono: 3213003487

1.10 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☒ | 1.13 Número: 900414529 | 1.11 Email: ximan.gutierrez@

1.12 Dirección de Notificación: CL 54 71 -36

1.13 Nombre del conductor: HAROLD ANDRES ARIAS | 1.14 Teléfono: 3213003487

1.15 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐ | 1.16 Número: 1020729170

1.17 Nombre del propietario del producto: INTEGRAL SERVICIOS SAS | 1.18 Teléfono: 3213003487

1.19 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☒ | 1.22 Número: 900414529 | 1.20 Email: NO TIENE

1.21 Tipo de vehículo: Camión ☒ Camioneta ☐ Tracto - Camión ☐ Remolque ☐ Trailer ☐ Otro ☐ Cual: —

1.22 Tipo de carroceria: Cabinado ☐ Van ☐ Furgón ☒ Capacete ☐ Botellero ☐ SRS ☐ Tanque ☐ Otra ☐ Cual: —

1.23 Modelo: 2016 | 1.24 Marca: CHEVROLET | 1.25 Color: BLANCO | 1.26 Placa: WLX 831

1.27 Sistema de refrigeración: SI ☒ NO ☐

1.28 Horario y dia de funcionamiento: 24 HORAS - DAD | 1.29 Numero de trabajadores: 2

1.30 Tipo de alimento que transporta: REFRIGERADOS, PRODUCTOS REFRIGERADOS.

1.31 Tipo de materias primas que transporta: Y CONGELADOS.

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DIA	MES	AÑO

Favorable ☐
Favorable con requerimientos ☐
Desfavorable ☐

% De cumplimiento de la última inspección: %

MOTIVO DE LA VISITA

Programación ☒	Solicitud del interesado ☐	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.
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 establecimiento continúe ejerciendo sus labores.

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor-información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que concontenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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	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				
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	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	6,5	0	C
3.2 **Reconocimiento Médico** (Resolución 2674 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

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor-información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que concontenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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	3	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			36	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	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		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			25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor-información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que concontenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

Fecha: día / mes / año				
Nombre del establecimiento:				
Nombre del producto:				
ASPECTOS A VERIFICAR	**Cumple**	**No Cumple**	**No Aplica**	**OBSERVACIONES**
1. El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado, en forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.				
2. No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.				
3. Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.				
4. No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.				
5. El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.				
6. Contiene la lista de ingredientes.				
7. Contiene la lista de ingredientes. El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.				
8. Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.				
9. Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la la palabra "lote", o la letra "L".				

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Secretaria 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
AS11N 249629

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO (seleccione con una (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 ☒

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: CONCEPTO SANITARIO "FAVORABLE".

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 01 del mes de MARZO del año 2019 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 antendió 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: WILMER QUEMBAYO PACHON	Nombre:
Tipo de documento: C.C	Tipo de documento:
Número de documento: 79875605	Número de documento:
Cargo: T.A.S	Cargo:
Firma:	Firma:
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	**TESTIGO**
Nombre: Harold Andres Arias Mesa	Nombre:
Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ NIT ☐	Tipo de documento:
Número de documento: 1.020.729.170	Número de documento:
Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☒	Firma:
Firma: Harold Andres Arias Mesa	

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015870164

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WLX831	CHEVROLET	NQR	2016

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
5.193	BLANCO GALAXIA	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMION	FURGON	DIESEL	4927

NÚMERO DE MOTOR: 4HK1-439585 — REG: N — VIN: 9GDN1R750GB042303

NÚMERO DE SERIE: 9GDN1R750GB042303 — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: 9GDN1R750GB042303 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): INTEGRALSERVICIOS S.AS.

IDENTIFICACIÓN: NIT 900414529

~~RESTRICCIÓN MOVILIDAD~~	~~BLINDAJE~~	~~POTENCIA HP~~
	******	153

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
032015001783761	I	14/12/2015	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
01/06/2016	09/04/2018	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYTTO ENVIGADO

LT03002914805

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 AS11N 249627

Subred: SUR Número de Inscripción:

Unidad de Servicios de Salud: VISTA HERMOSA Número de Carpeta:

1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHICULO

1.1 Línea de Intervención: ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS	
1.2 Actividad: Vehiculo Transportador de Alimentos	
1.3 Dirección donde se realiza la inspección: CL 69 SUR 37 C- 15	
1.5 Localidad: CIUDAD BOLIVAR / 1.6 UPZ: 66	
1.7 Barrio: CANDELARIA	
1.8 Nombre del propietario del vehiculo: INTEGRAL SERVICIOS SAS	1.9 Teléfono: 3213003487
1.10 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☒ / 1.13 Número: 900414529	1.11 Email: xtmena@gmail.com
1.12 Dirección de Notificación: CL 54 71 - 36	
1.13 Nombre del conductor: CESAR AUGUSTO VILLABON	1.14 Teléfono: 3213003487
1.15 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐	1.16 Número: 1015425054
1.17 Nombre del propietario del producto: INTEGRAL SERVICIOS S.A.S	1.18 Teléfono: 3213003487
1.19 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☒ / 1.22 Número: 900414529	1.20 Email: NO TIENE
1.21 Tipo de vehículo: Camión ☐ Camioneta ☒ Tracto - Camión ☐ Remolque ☐ Trailer ☐ Otro ☐ Cual:	
1.22 Tipo de carroceria: Cabinado ☐ Van ☐ Furgón ☐ Capacete ☐ Botellero ☐ SRS ☐ Tanque ☐ Otra ☐ Cual: PANEL	
1.23 Modelo: 2014 / 1.24 Marca: RENAULT / 1.25 Color: BLANCO / 1.26 Placa: TZT 239	
1.27 Sistema de refrigeración: SI ☐ NO ☒	
1.28 Horario y dia de funcionamiento: 24 HORAS DAD	1.29 Numero de trabajadores: 2
1.30 Tipo de alimento que transporta: REFRIGERADOS, CARGA SECA	
1.31 Tipo de materias primas que transporta:	

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DIA	MES	AÑO			% De cumplimiento de la última inspección	%
				Favorable ☐			
				Favorable con requerimientos ☐			
				Desfavorable ☐			

MOTIVO DE LA VISITA

Programación ☒	Solicitud del interesado ☐	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.
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 establecimiento continúe ejerciendo sus labores.

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

Fecha: día / mes / año

Nombre del establecimiento:

Nombre del producto:

ASPECTOS A VERIFICAR	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
1. El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado, en forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.				
2. No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.				
3. Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.				
4. No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.				
5. El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.				
6. Contiene la lista de ingredientes.				
7. Contiene la lista de ingredientes. El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.				
8. Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.				
9. Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la la palabra "lote", o la letra "L".				

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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	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				
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	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	6,5	0	C
3.2 **Reconocimiento Médico** (Resolución 2674 de 2013, Articulo 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

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

Fecha: día / mes / año

Nombre del establecimiento:

Nombre del producto:

ASPECTOS A VERIFICAR	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
1. El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado, en forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.				
2. No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.				
3. Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.				
4. No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.				
5. El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.				
6. Contiene la lista de ingredientes.				
7. Contiene la lista de ingredientes. El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.				
8. Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.				
9. Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la la palabra "lote", o la letra "L".				

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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	3	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	36	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	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		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	25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta		

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

Fecha: día / mes / año

Nombre del establecimiento:

Nombre del producto:

ASPECTOS A VERIFICAR	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
1. El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado, en forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.				
2. No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.				
3. Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.				
4. No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.				
5. El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.				
6. Contiene la lista de ingredientes.				
7. Contiene la lista de ingredientes. El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.				
8. Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.				
9. Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la la palabra "lote", o la letra "L".				

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

Fecha: día / mes / año				
Nombre del establecimiento:				
Nombre del producto:				
ASPECTOS A VERIFICAR	**Cumple**	**No Cumple**	**No Aplica**	**OBSERVACIONES**
1. El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado, en forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.				
2. No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.				
3. Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.				
4. No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.				
5. El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.				
6. Contiene la lista de ingredientes.				
7. Contiene la lista de ingredientes. El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.				
8. Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.				
9. Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la la palabra "lote", o la letra "L".				

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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
AS11N 249627

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO (seleccione con una (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	— 11 —
Número del acta de toma de muestras	— 11 —

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: CONCEPTO SANITARIO "FAVORABLE"

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 01 del mes de MARZO del año 2019 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 antendió 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: WILMER QUIMBAYO PACHON	Nombre:
Tipo de documento: C.C	Tipo de documento:
Número de documento: 79787 6605	Número de documento:
Cargo: P.U.S	Cargo:
Firma:	Firma:
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	**TESTIGO**
Nombre: Cesar Augusto Villabón Arias	Nombre:
Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ NIT ☐ 1015425054	Tipo de documento:
Número de documento: 1015425054	Número de documento:
Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☒	Firma:
Firma:	

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10017542173

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
TZT239	RENAULT	KANGOO VU	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.598	BLANCO GLACIAL	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	PANEL	GASOLINA	659

NÚMERO DE MOTOR: K4MJ730Q115444

REG: N — VIN: 8A1FC1T15EL655950

NÚMERO DE SERIE: ******

REG: N — NÚMERO DE CHASIS: 8A1FC1T15EL655950 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): INTEGRALSERVICIOS S.AS.

IDENTIFICACIÓN: NIT 900414529

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 95

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902013000093968

I/E: I

FECHA IMPORT.: 21/05/2013

PUERTAS: 4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******



FECHA MATRICULA: 10/07/2013

FECHA EXP. LIC. TTO: 28/12/2018

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO: STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

LT01007933397

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 AS11N 249628

Subred: SUR Número de Inscripción:

Unidad de Servicios de Salud: VISTA HERMOSA 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: CL 69 SUR 37 C-15

1.5 Localidad: CIUDAD BOLIVAR | 1.6 UPZ: 66

1.7 Barrio: CANDELARIA

1.8 Nombre del propietario del vehiculo: INTEGRAL SERVICIOS SAS | 1.9 Teléfono: 3213003487

1.10 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☒ | 1.13 Número: 900414529 | 1.11 Email: xtmora.carretero@integralservicios.com

1.12 Dirección de Notificación: CL 54SUR 71L-36

1.13 Nombre del conductor: YOVANNY VILLAREAL MONTE | 1.14 Teléfono: 3213003487

1.15 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐ | 1.16 Número: 79719750

1.17 Nombre del propietario del producto: INTEGRAL SERVICIOS S.A.S | 1.18 Teléfono: 3213003487

1.19 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☒ | 1.22 Número: 900414529 | 1.20 Email: NO TIENE

1.21 Tipo de vehículo: Camión ☐ Camioneta ☒ Tracto - Camión ☐ Remolque ☐ Trailer ☐ Otro ☐ Cual:

1.22 Tipo de carroceria: Cabinado ☐ Van ☐ Furgón ☐ Capacete ☐ Botellero ☐ SRS ☐ Tanque ☐ Otra ☐ Cual: PANEL

1.23 Modelo: 2012 | 1.24 Marca: RENAULT | 1.25 Color: BLANCO | 1.26 Placa: TGW 058

1.27 Sistema de refrigeración: SI ☐ NO ☒

1.28 Horario y dia de funcionamiento: 24 HORAS - DAD | 1.29 Numero de trabajadores: 2

1.30 Tipo de alimento que transporta: REFRIGERIOS, CARGA SECA

1.31 Tipo de materias primas que transporta: —

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DIA	MES	AÑO

Favorable ☐
Favorable con requerimientos ☐
Desfavorable ☐

% De cumplimiento de la última inspección: %

MOTIVO DE LA VISITA

Programación ☒	Solicitud del interesado ☐	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.
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 establecimiento continúe ejerciendo sus labores.

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor-información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que con-contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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	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				
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	6	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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	6,5	0	C
3.2 **Reconocimiento Médico** (Resolución 2674 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

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor- información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que con- contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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	3	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	36	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	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		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	25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta		

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor-información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que con-contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor- información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que con- contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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
AS11N 249628

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO (seleccione con una (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 ☒

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: CONCEPTO SANITARIO "FAVORABLE"

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 01 del mes de MARZO del año 2019 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 antendió 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: WILMER QUIMBAYO PACHON	Nombre:
Tipo de documento: C.C	Tipo de documento:
Número de documento: 79875605	Número de documento:
Cargo: T.S	Cargo:
Firma:	Firma:
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	**TESTIGO**
Nombre: JOVANNY VILLARREAL APONTE	Nombre:
Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ NIT ☐	Tipo de documento:
Número de documento: 79719750 BTA	Número de documento:
Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☒	Firma:
Firma:	

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015997591

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
TGW058	RENAULT	KANGOO VU	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.598	BLANCO GLACIAL	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	PANEL	GASGASOL	659

NÚMERO DE MOTOR
K4MJ730Q080766

REG
N

VIN
8A1FC1T15CL955123

NÚMERO DE SERIE
******

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
8A1FC1T15CL955123

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
INTEGRALSERVICIOS S.AS.

IDENTIFICACIÓN
NIT 900414529

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
110

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
032011001379868

I/E
I

FECHA IMPORT.
09/11/2011

PUERTAS
4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******



FECHA MATRÍCULA
07/03/2012

FECHA EXP. LIC. TTO.
28/04/2018

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
SDM - BOGOTA D.C.

LT06001296390

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 AS11N 249627

Subred: SUR Número de Inscripción:

Unidad de Servicios de Salud: VISTA HERMOSA Número de Carpeta:

1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHICULO

1.1 Línea de Intervención: ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS			
1.2 Actividad: Vehiculo Transportador de Alimentos			
1.3 Dirección donde se realiza la inspección: CL 69 SUR 37 CL5			
1.5 Localidad: CIUDAD BOLIVAR	1.6 UPZ: 66		
1.7 Barrio: CANDELARIA			
1.8 Nombre del propietario del vehiculo: INTEGRAL SERVICIOS S.A.S		1.9 Teléfono: 321 3003487	
1.10 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☒	1.13 Número: 900414529	1.11 Email: ximena.gutierrez3@integralservicios.com	
1.12 Dirección de Notificación: CL 54 71 - 36			
1.13 Nombre del conductor: JOVANNY VILLARREAL ABONT		1.14 Teléfono: 321 3003487	
1.15 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐		1.16 Número: 79719750	
1.17 Nombre del propietario del producto: INTEGRAL SERVICIOS S.A.S		1.18 Teléfono: 321 3003487	
1.19 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☒	1.22 Número: 900414529	1.20 Email: NO TIENE	
1.21 Tipo de vehículo: Camión ☐ Camioneta ☒ Tracto - Camión ☐ Remolque ☐ Trailer ☐ Otro ☐ Cual:			
1.22 Tipo de carroceria: Cabinado ☐ Van ☐ Furgón ☐ Capacete ☐ Botellero ☐ SRS ☐ Tanque ☐ Otra ☐ Cual: PANEL			
1.23 Modelo: 2014	1.24 Marca: RENAULT	1.25 Color: BLANCO	1.26 Placa: WFT 355
1.27 Sistema de refrigeración: SI ☐ NO ☒			
1.28 Horario y dia de funcionamiento: 24 HORAS - DAD		1.29 Numero de trabajadores: 2	
1.30 Tipo de alimento que transporta: REFRIGERADOS, CARGA SECA.			
1.31 Tipo de materias primas que transporta:			

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DIA	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 ☐
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.
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 establecimiento continúe ejerciendo sus labores.

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor- información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que con- contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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	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				
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	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	6,5	0	C
3.2 **Reconocimiento Médico** (Resolución 2674 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

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor-información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que concontenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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	3	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			36	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	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		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			25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor-información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que con-contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número _____

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				
13. En caso que el producto contenga la infor-información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que con-contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Cargo:	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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
AS11N 249627

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO (seleccione con una (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. 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:

CONCEPTO SANITARIO "FAVORABLE".

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 01 del mes de MARZO del año 2019 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 antendió 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: WILMER QUIMBAYO PACHON	Nombre:
Tipo de documento: C.C	Tipo de documento:
Número de documento: 79876605	Número de documento:
Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	**TESTIGO**
Nombre: YOVANNY VILLARREAL APONTE	Nombre:
Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ NIT ☐	Tipo de documento:
Número de documento: 79719750	Número de documento:
Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☒	Firma:
Firma:	

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015972428

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WFT355	RENAULT	KANGOO VU	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.598	BLANCO GLACIAL (V)	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	PANEL	GASOLINA	659

NÚMERO DE MOTOR
K4MJ730Q125555

REG
N

VIN
8A1FC1T15EL935020

NÚMERO DE SERIE
******

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
8A1FC1T15EL935020

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
INTEGRALSERVICIOS S.AS.

IDENTIFICACIÓN
NIT 900414529



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE	POTENCIA HP
******	95

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902013000228116

I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
I	10/12/2013	4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
27/03/2014	25/04/2018	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

LT02004926600

INTEGRAL
SERVICIOS

Bogotá D.C 30 de Agosto de 2019

Señores
JARDÍN BOTÁNICO DE BOGOTÁ JOSE CELESTINO MUTIS

REFERENCIA: **JBB-SA-MC-013-2019 - LISTADO DE PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS**

OBJETO: **CONTRATAR A MONTO AGOTABLE EL SERVICIO DE CATERING PARA EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS, DESAYUNOS Y ALMUERZOS DE ACUERDO A LOS MENÚS FIJADOS POR LA ENTIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y EVENTOS DEL JARDÍN BOTÁNICO JOSÉ CELESTINO MUTIS**

LISTADO PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS		
PERSONAL ATENCIÓN AL PUBLICO		
No.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**No. Identificación**
1	ANA VIVIANA GONZALEZ FRANCO	53.050.338
2	GLEIDYS CAROLINA ROSA TOBIO	1.235.250.446
3	AGRIPINA DEL CARMEN MARTINEZ SUAREZ	1.066.721.539
PERSONAL PREPARACION DE ALIMENTOS		
No.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**No. Identificación**
1	NERLY CENIT GOMEZ SECHAGUA	52.753.231
2	MARIA ANGELICA HERNANDEZ CUBILLAN	1.020.847.528
3	MONICA JISSETH GONZALEZ DIAZ	52.933.429
4	NURIS MERCEDES ACEVEDO VALENCIA	22.798.629
PERSONAL DE TRANSPORTE		
No.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**No. Identificación**
1	WILSON CONTRERAS DAZA	79.209.143
2	YOVANNY VILLAREAL APONTE	79.197.750
3	FRANCISCO JAVIER MONTAÑA MONTAÑA	79.138.628

DIANA MILENA ESPEJO PEÑA
C.C. 52.814.836
Representante Legal
INTEGRALSERVICIOS S.A.S

curso manipulador de alimentos

CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): ANA VIVIANA GONZALEZ FRANCO

C.C: 53.050.338

Fecha de exp: 02/07/19 **Fecha de ven:** 02/07/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

Firma
FERNANDO ARIAS TRIVIÑO
Ingeniero de alimentos
Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Ana Viviana Gonzalez Franco

Nombre(s) y apellido(s)

53050338

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C. Velez P.

Certifica

Puede verificar el certificado leyendo este código

curso manipulador de alimentos



CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): GLEIDYS CAROLINA ROSAS TOBIO

C.C: 1.235.250.446

Fecha de exp: 22/07/19 **Fecha de ven:** 22/07/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

Firma

FERNANDO ARIAS TRIVIÑO

Ingeniero de alimentos

Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Puedes verificar el certificado leyendo este código

gleidys carolina rosas tobio

Nombre(s) y apellido(s)

1235250446

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C Velez

Certifica

curso manipulador de alimentos

CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): AGRIPINA DEL CARMEN MARTINEZ

C.C: 1.066.721.539

Fecha de exp: 09/08/19 **Fecha de ven:** 09/08/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

_____

Firma
FERNANDO ARIAS TRIVIÑO
Ingeniero de alimentos
Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Puedes verificar el certificado leyendo este código

Agripina del Carmen Martinez Suarez

Nombre(s) y apellido(s)

1066721539

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C Velez

Certifica

curso manipulador de alimentos



CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): NERLY CENIT GOMEZ SECHAGUA

C.C: 52.753.231

Fecha de exp: 09/08/19 **Fecha de ven:** 09/08/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

Firma
FERNANDO ARIAS TRIVIÑO
Ingeniero de alimentos
Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Nerly Cenit Goméz Sechagua

Nombre(s) y apellido(s)

52753231

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C Ibise V

Certifica

Puede verificar el certificado leyendo este código

curso manipulador de alimentos

CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): MARIA ANGELICA HERNANDEZ

C.C: 1.020.847.528

Fecha de exp: 22/07/19 **Fecha de ven:** 22/07/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

Firma
FERNANDO ARIAS TRIVIÑO
Ingeniero de alimentos
Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Maria Angelica Hernandez Cubillan

Nombre(s) y apellido(s)

1020847528

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C. Velez P.

Certifica

Puedes verificar el certificado leyendo este código

curso manipulador de alimentos



CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): MONICA JISSETH GONZALEZ DIAZ

C.C: 52.933.429

Fecha de exp: 09/08/19 **Fecha de ven:** 09/08/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

Firma
FERNANDO ARIAS TRIVIÑO
Ingeniero de alimentos
Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Monica Jisseth Gonzalez Díaz

Nombre(s) y apellido(s)

52933429

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C Velez V

Certifica

Puedes verificar el certificado leyendo este código

curso manipulador de alimentos

CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): NURIS MERCEDES ACEVEDO

C.C: 22.798.629

Fecha de exp: 09/08/19 **Fecha de ven:** 09/08/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

Firma
FERNANDO ARIAS TRIVIÑO
Ingeniero de alimentos
Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Nuris Mercedes Acevedo Valencia

Nombre(s) y apellido(s)

22798629

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C Velez C

Certifica

Puedes verificar el certificado leyendo este código

curso manipulador de alimentos



CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): WILSON CONTRERAS DAZA

C.C: 79.209.143

Fecha de exp: 18/08/19 **Fecha de ven:** 15/08/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

Firma
FERNANDO ARIAS TRIVIÑO
Ingeniero de alimentos
Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Wilson Contreras Daza

Nombre(s) y apellido(s)

79209143

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C Velez

Certifica

Puede verificar el certificado leyendo este código

curso manipulador de alimentos

CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): YOVANNY VILLARREAL APONTE

C.C: 79.719.750

Fecha de exp: 08/02/19 **Fecha de ven:** 08/02/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

Firma
FERNANDO ARIAS TRIVIÑO
Ingeniero de alimentos
Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Yovanny Villarreal Aponte

Nombre(s) y apellido(s)

79719750

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C Ibiet

Certifica

Puedes verificar el certificado leyendo este código

curso manipulador de alimentos

CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a): FRANCISCO JAVIER MONTAÑA

C.C: 79.138.628

Fecha de exp: 24/07/19 **Fecha de ven:** 24/07/20

Asistió a seis horas de capacitación en higiene y manejo higiénico de alimentos

Cumpliendo con uno de los requisitos exigidos en el Decreto 3075 de 1997

Firma
FERNANDO ARIAS TRIVIÑO
Ingeniero de alimentos
Tarjeta profesional N°25254-29213

Este documento es válido por un año, solo en original es personal e intransferible

ARL | sura

Certifica que el 29 de agosto de 2019:

Francisco Javier Montaña Montaña

Nombre(s) y apellido(s)

79138628

Número de documento

Ha completado el Ciclo de Aprendizaje

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Con un porcentaje de 100.00%

Gema C. Weibel

Certifica

Puedes verificar el certificado leyendo este código

Bogotá D.C 30 de Agosto de 2019

Señores
JARDÍN BOTÁNICO DE BOGOTÁ JOSE CELESTINO MUTIS

REFERENCIA: **JBB-SA-MC-013-2019 6.5.1 FACTOR TÉCNICO - 6.5.1.2 ELEMENTOS ADICIONALES**

OBJETO: **CONTRATAR A MONTO AGOTABLE EL SERVICIO DE CATERING PARA EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS, DESAYUNOS Y ALMUERZOS DE ACUERDO A LOS MENÚS FIJADOS POR LA ENTIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y EVENTOS DEL JARDÍN BOTÁNICO JOSÉ CELESTINO MUTIS**

Proponente: **INTEGRALSERVICIOS S.A.S**

La suscrita **DIANA MILENA ESPEJO PEÑA** identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de representante legal de **INTEGRALSERVICOS S.A.S**, ofrecemos un servicio de Catering para un evento tipo coctel, con pasabocas, vino, sin costo adicional. Los pasabocas ofrecidos serán tanto de sal como de dulce.

El catering incluye el menaje necesario para la realización del evento, así como el servicio de por lo menos dos (2) meseros. El vino a ofrecer debe será de cepa merlot, *malbec*, *carmenere*, *chardonnay* y/o *sauvignon blanc*.

El evento será para cien (100) personas, por lo que se calcula un servicio de 4 pasabocas por persona y una copa de vino.

DIANA MILENA ESPEJO PEÑA
C.C. 52.814.836
Representante Legal
INTEGRALSERVICIOS S.A.S
Nit: 900.414.529-6

Bogotá D.C 30 de Agosto de 2019

Señores
JARDÍN BOTÁNICO DE BOGOTÁ JOSE CELESTINO MUTIS

REFERENCIA: **JBB-SA-MC-013-2019 6.5.1 FACTOR TÉCNICO - 6.5.1.2 ELEMENTOS ADICIONALES**

OBJETO: **CONTRATAR A MONTO AGOTABLE EL SERVICIO DE CATERING PARA EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS, DESAYUNOS Y ALMUERZOS DE ACUERDO A LOS MENÚS FIJADOS POR LA ENTIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y EVENTOS DEL JARDÍN BOTÁNICO JOSÉ CELESTINO MUTIS**

Proponente: **INTEGRALSERVICIOS S.A.S**

La suscrita **DIANA MILENA ESPEJO PEÑA** identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de representante legal de **INTEGRALSERVICOS S.A.S**, nos comprometemos a atender los requerimientos solicitados por la Entidad al día calendario siguiente.

DIANA MILENA ESPEJO PEÑA
C.C. 52.814.836
Representante Legal
INTEGRALSERVICIOS S.A.S
Nit: 900.414.529-6

Bogotá D.C 30 de Agosto de 2019

Señores
JARDÍN BOTÁNICO DE BOGOTÁ JOSE CELESTINO MUTIS

REFERENCIA: **JBB-SA-MC-013-2019 6.5.1 FACTOR TÉCNICO - 6.5.1.2 ELEMENTOS ADICIONALES**

OBJETO: **CONTRATAR A MONTO AGOTABLE EL SERVICIO DE CATERING PARA EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS, DESAYUNOS Y ALMUERZOS DE ACUERDO A LOS MENÚS FIJADOS POR LA ENTIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y EVENTOS DEL JARDÍN BOTÁNICO JOSÉ CELESTINO MUTIS**

Proponente: **INTEGRALSERVICIOS S.A.S**

La suscrita **DIANA MILENA ESPEJO PEÑA** identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de representante legal de **INTEGRALSERVICOS S.A.S**, nos comprometemos a no usar plástico no biodegradable de un solo uso y poliestireno expandido y, a cambio, se comprometa a usar materiales que no sean derivados del petróleo.

Los elementos que se deben remplazar son entre otros, pero no se limitan a: botellas, empaques, bolsas, cubiertos, vasos, platos, bandejas, pitillos, mezcladores, etc.

DIANA MILENA ESPEJO PEÑA
C.C. 52.814.836
Representante Legal
INTEGRALSERVICIOS S.A.S
Nit: 900.414.529-6

Bogotá D.C. 30 de Agosto de 2019

Señores
JARDÍN BOTÁNICO DE BOGOTÁ JOSE CELESTINO MUTIS

REFERENCIA: **JBB-SA-MC-013-2019** - **6.5.1.3 COMPONENTE SOCIAL**

OBJETO: **CONTRATAR A MONTO AGOTABLE EL SERVICIO DE CATERING PARA EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS, DESAYUNOS Y ALMUERZOS DE ACUERDO A LOS MENÚS FIJADOS POR LA ENTIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y EVENTOS DEL JARDÍN BOTÁNICO JOSÉ CELESTINO MUTIS**

Proponente: **INTEGRALSERVICIOS S.A.S**

La suscrita **DIANA MILENA ESPEJO PEÑA** identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de representante legal de **INTEGRALSERVICOS S.A.S**, nos comprometemos a incluir dentro de nuestro personal tres (3) personas mujeres cabezas de hogar y a mantener vinculada éstas durante el periodo de ejecución del contrato y por cuatro (4) meses más.

DIANA MILENA ESPEJO PEÑA
C.C. 52.814.836
Representante Legal
INTEGRALSERVICIOS S.A.S
Nit: 900.414.529-6

NOTARIA SETENTA Y SEIS
BOGOTA

NOTARIA SETENTA Y SEIS DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C
ACTA DE DECLARACIÓN CON FINES ESTRAPROCESAL
DECRETO 1.557 DE 1989 Y ARTICULOS 183,187 y 188 del C.G.P.

DECLARACIÓN EXTRAPROCESO No. _____

En la ciudad de Bogotá, D.C a los 29 ( ) días del mes de Agosto del año dos mil diecinueve (2019), doy fe que ante mi **JOSÉ FRANCISCO VARONA ORTIZ,** Notario Setenta y Seis En Propiedad del Circulo de Bogotá D.C, compareció el señor (a) Nelly Cenith Gomez Sechagua mayor de edad, quien se identificó (a) con la cédula de ciudadanía número 52753231 expedida en Bogota de estado civil soltero(a)__ casado (a)__ unión libre___ residente en la Carrera 70C N. 64C 37 de profesión u oficio - Servicios Generales

QUIEN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFESTO

1). Mis generales de ley son como lo he manifestado anteriormente.

2). Que el (la) compareciente declara que es **MADRE (PADRE) CABEZA DE HOGAR** de 1 hijo ( ) niños (niñas), hijos menores de edad, quienes se identifican bajo los nombres de:

a) Rokman Seleider Gomez Sechagua

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

3) Que él (la) compareciente declara que los menores en mención dependen económicamente de la misma (o), por ser la persona que les brinda el sustento y bienestar general.

4) Que requiere la presente acta para ser presentada a quien le **INTERESE** con el propósito de adelantar trámites pertinentes a la misma.

5) Que rinde la presente declaración bajo la gravedad de juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que le acarrea jurar en falso, y no tiene ninguna clase de impedimento para rendir la presente declaración, la cual la hace bajo su responsabilidad.

Por último, no siendo otro el objeto de la presente diligencia una vez leída y aprobada la presente acta, se firma por el (la) compareciente por ante mí y conmigo. La presente declaración extraproceso se rinde de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1557 del 14 de julio de 1989, de conformidad con lo establecido en los Artículos 183,187 y 188 del C.G.P, **DERECHOS NOTARIALES: EXENTA.**

EL (LA) DECLARANTE.

HUELLA

C.C 52753231

ELNOTARIO,

JOSÉ FRANCISCO VARONA ORTIZ
NOTARIO SETENTA Y SEIS EN PROPIEDAD DEL CÍRCULO DE BOGOTA D.C

NOTARIA SETENTA Y SEIS
BOGOTA

NOTARIA SETENTA Y SEIS DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C
ACTA DE DECLARACIÓN CON FINES ESTRAPROCESAL
DECRETO 1.557 DE 1989 Y ARTICULOS 183,187 y 188 del C.G.P.

DECLARACIÓN EXTRAPROCESO No. _____

En la ciudad de Bogotá, D.C a los 29 ( ) días del mes de Agosto del año dos mil diecinueve (2019), doy fe que ante mi **JOSÉ FRANCISCO VARONA ORTIZ,** Notario Setenta y Seis En Propiedad del Circulo de Bogotá D.C, compareció el señor (a) María Angelica Hernandez Cubillan mayor de edad, quien se identificó (a) con la cédula de ciudadanía número 1020847528 expedida en Bogotá de estado civil soltero(a) X casado (a)__ unión libre___ residente en la Cr 50A #176-24 de profesión u oficio - Tecnologo en administración

QUIEN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFESTO

1). Mis generales de ley son como lo he manifestado anteriormente.

2). Que el (la) compareciente declara que es **MADRE (PADRE) CABEZA DE HOGAR** de 1 ( ) niños (niñas), hijos menores de edad, quienes se identifican bajo los nombres de:

a) Lucas Alfonso Gonzalez Hernandez
b)
c)
d)
e)

3) Que él (la) compareciente declara que los menores en mención dependen económicamente de la misma (o), por ser la persona que les brinda el sustento y bienestar general.

4) Que requiere la presente acta para ser presentada a quien le **INTERESE** con el propósito de adelantar trámites pertinentes a la misma.

5) Que rinde la presente declaración bajo la gravedad de juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que le acarrea jurar en falso, y no tiene ninguna clase de impedimento para rendir la presente declaración, la cual la hace bajo su responsabilidad.

Por último, no siendo otro el objeto de la presente diligencia una vez leída y aprobada la presente acta, se firma por el (la) compareciente por ante mí y conmigo. La presente declaración extraproceso se rinde de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1557 del 14 de julio de 1989, de conformidad con lo establecido en los Artículos 183,187 y 188 del C.G.P, **DERECHOS NOTARIALES: EXENTA.**

EL (LA) DECLARANTE.

HUELLA



María Hernandez
C.C 1020847528

ELNOTARIO,

JOSÉ FRANCISCO VARONA ORTIZ
NOTARIO SETENTA Y SEIS EN PROPIEDAD DEL CÍRCULO DE BOGOTA D.C

DECLARACIÓN EXTRAPROCESO No. _____

En la ciudad de Bogotá, D.C a los Veintiocho (28) días del mes de Agosto del año dos mil diecinueve (2019), doy fe que ante mi **JOSÉ FRANCISCO VARONA ORTIZ,** Notario Setenta y Seis En Propiedad del Circulo de Bogotá D.C, compareció el señor (a) Monica Jisseth Gonzalez Diaz mayor de edad, quien se identificó (a) con la cédula de ciudadanía número 52'933.479 expedida en Bogotá de estado civil soltero(a) X casado (a)__ unión libre___ residente en la Ciudad de Bogotá de profesión u oficio - Jefe Recursos Humanos.

QUIEN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFESTO

1). Mis generales de ley son como lo he manifestado anteriormente.

2). Que el (la) compareciente declara que es **MADRE (PADRE) CABEZA DE HOGAR** de dos (X) niños (niñas), hijos menores de edad, quienes se identifican bajo los nombres de:

a) Edwin Santiago Solorzano Gonzalez

b) Juan Sebastian Solorzano Gonzalez

c) _____

d) _____

e) _____

3) Que él (la) compareciente declara que los menores en mención dependen económicamente de la misma (o), por ser la persona que les brinda el sustento y bienestar general.

4) Que requiere la presente acta para ser presentada a quien le **INTERESE** con el propósito de adelantar trámites pertinentes a la misma.

5) Que rinde la presente declaración bajo la gravedad de juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que le acarrea jurar en falso, y no tiene ninguna clase de impedimento para rendir la presente declaración, la cual la hace bajo su responsabilidad.

Por último, no siendo otro el objeto de la presente diligencia una vez leída y aprobada la presente acta, se firma por el (la) compareciente por ante mí y conmigo. La presente declaración extraproceso se rinde de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1557 del 14 de julio de 1989, de conformidad con lo establecido en los Artículos 183,187 y 188 del C.G.P, **DERECHOS NOTARIALES: EXENTA.**

EL (LA) DECLARANTE.

HUELLA



C.C 52 933.479

ELNOTARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
JOSÉ FRANCISCO VARONA ORTIZ
NOTARIO

JOSÉ FRANCISCO VARONA ORTIZ
NOTARIO SETENTA Y SEIS EN PROPIEDAD DEL CÍRCULO DE BOGOTA D.C