CESAR A. RAMIREZ LAVERDE
NIT: 79.998.342 -4

CERTIFICA QUE:

RUBEN MEJÍA GONZÁLEZ CC 79.954.038

realizó el curso de manipulación de alimentos y bebidas.

Según Resolución 2674 de 2013

Primera Sesión:	Dia: 11	Mes: 01	Año: 2023	**Horas:** 4
Segunda Sesión:	Dia: 11	Mes: 02	Año: 2023	**Horas:** 3
Tercera Sesión:	Dia: 11	Mes: 03	Año: 2023	**Horas:** 3

Esta certificación es personal e intransferible, original
No es válido en fotocopia o enmendaduras
Vence: 11 DE ENERO DE 2024

Cesar Ramirez L

Cesar Ramírez Laverde
INGENIERO DE ALIMENTOS T.P. 091062-06003680 CND
Tel.: 321 440 4372 – 316 892 1930

	LABORATORIO CLINICO CORPORACION DE ESPECIALISTA EN SALUD EXAMENES DE LABORATORIO Dr. Miguel Alfonso Cano Universidad del Bosque **Todos podemos prevenir el contagio el contagio del SARS COV2 – COVID19**	Versión : LCC 006

INFORMACION GENERAL							
Fecha de Recepción de Muestra		Dia	06	Mes	01	Año	2023
Nombre y Apellidos	RUBEN MEJÍA GONZÁLEZ				Edad		
Numero de Documento de Identidad	CC 79.954.038				Factor RH		

EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS			
EXAMEN	TECNICA	PARAMETROS	RESULTADO
FROTIS DE GARGANTA	Coloración de Gram	Bacterias	Cocos Gram Positivos: + Bacilos Gram Positivos: +
		Reacción Leucocitaria	ESCASAS
		Otras Estructuras	-
FROTIS DE UÑAS	KOH	Uñas Mano Derecha	NEGATIVO
		Uñas Mano Izquierda	NEGATIVO
FISICO	Revisión General	Vías respiratorias y digestivas superiores	No Indica obstrucción
		Piel	No Evidencia Enfermedades
		Coprológico	No hay bacterias ni otros microorganismos anormales en la muestra

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL		
S/S		
Se expide certificado médico del paciente en mención, el cual no padece enfermedades infectocontagiosas de piel, no garganta, por lo cual puede vivir en comunidad, con exámenes paraclínicos normales, por lo que se considera APTO/A para manipular alimentos		
APTO SIN RESTRICCIONES: [X]	APTO CON RECOMENDACIONES [ ]	APTO CON RESTRICCIONES [ ]

Recomendaciones: Realizar pausas activas, hábitos de vida saludables, hábitos postulares adecuados, uso de elementos de protección individual

'' El examinado/a certifica que NO omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda información expresada en este documento es cierta ''.

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSAN EN NUESTRO LABORATORIO.

Dr. Miguel Alfonso Cano
Médico General
R.M. 13-267

MIGUEL ALFONSO CANO
Universidad Del Bosque – Bogotá
R.M. 13-267

Nombre y firma del Paciente

Secretaría 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
AS02C 053442

Subred: Sur Occidente ese Número de Inscripción:

Unidad de Servicios de Salud: Sur Número de Carpeta:

Fecha: 15 03 2023 Número de Inscripción:

Tipo de establecimiento: Restaurante ☐ Cafetería ☐ Panadería ☒ Frutería ☐

Comidas rápidas ☐ Comedores ☐ Cúal:

CÉDULA ESTABLECIMIENTO

Razón social: Everest RMB SAS

Nombre del establecimiento: Everest

NIT: 901.405.570-4 Sede: No tiene

Dirección: C11 8F 82F-21 Localidad: Kennedy

UPZ: Castilla Teléfono 1 3183418109 Teléfono 2: 3943056

Barrio: Valladolid Correo electronico: ruben.mejia138@gmail.com

Nombre propietario: Ruben Mejia

Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ NIT. ☐ Número documento: 79.954.038

Nombre representante legal: Ruben Mejia

Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ Número documento: 79.954.038

Persona que atiende la visita: Ruben Mejia Cargo: Dueño

Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ Número documento: 79.954.038

Dirección de notificación: C11 8F 82F-21

Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☒ NO ☐

Número matrícula mercantil del establecimiento: 02531186

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

Línea de intervención: Alimentos sanos y seguros Tipo de establecimiento: Panaderia

Intervención: Panadería

Número de trabajadores: 5 Horario: diurno ☒ nocturno ☐ 24 horas ☐ otro :

Días de funcionamiento: lunes a viernes ☐ domingo a domingo ☒ fin de semana ☐ otro:

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	18 03 22 DD MM AA	Favorable ☒	% De cumplimiento de la última inspección	98 %
		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

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 Imprenta Distrital 003

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

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

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.
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

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)	X 2			C
1.2 **Condiciones de pisos y paredes** (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)	2	X		Se encuentra baldosas dañadas — C
1.3 **Techos, iluminación y ventilación** (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)	2	X		Baja iluminación — 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.)	X 4			C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			8	La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

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.)	X 5	2,5	1	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)	X 7	3,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			32	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.)	X 7	3,5	0	C
3.2 **Reconocimiento Médico.** (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	X 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.)	X 7	3,5	0	C

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DCI

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

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

3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.4 **Educación y capacitación** (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	X 4			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, Artículo 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.)	X 5			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.)	X 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.)	X 7			C
4.4 **Condiciones de almacenamiento** (Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)	X 4			NA C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

Impresión Subdirección Inteligencia Distrital 001

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

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.)	X 7			C
5.2 **Residuos líquidos** (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)	X 4			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.)	X 4			C
5.4 **Control integral de plagas** (Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)	X 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)	X 7			C
5.6 **Soportes documentales de saneamiento** (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)	X 2			C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			33	La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

Secretaría 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
AS02C 053442

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.
98	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 recomienda cambio de baldosas en el piso, se encuentran dañadas. Falta más iluminación en el establecimiento

Por parte del establecimiento:

* NINGUNA.

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 15 del mes de 03 del año 2023 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: Diana Carolina Torres	Nombre:
Tipo de documento: CC	Tipo de documento:
Número de documento: 1023936859	Número de documento:
Cargo: Técnico Ambiental	Cargo:
Firma: Diana Torres	Firma:
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	**TESTIGO**
Nombre: RUBEN Dario Mejia G.	Nombre:
Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ NIT ☐	Tipo de documento:
Número de documento: 79954038	Número de documento:
Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☒ Encargado ☐	Firma:
Firma: RUBEN MEJIA	

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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