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 131506

E.S.E.:	SUBRED SUR OCCIDENTE.	Fecha:	03	07	2024

CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO

ID Establecimiento:	Número de Inscripción:	Número de carpeta:
341086.	AS0000 9042.	341086

Razón social: FUNDACION UN NUEVO AMANECER.

Nombre del establecimiento: COMEDOR COMUNITARIO PUENTE ARANDA.

NIT: 900 067 669. DV 1 | Sede: PUENTE ARANDA.

Dirección: KR 56 15 34.

Ubicación: SALON COMUNAL PUENTE ARANDA.

Localidad: PUENTE ARANDA. | UPZ: PUENTE ARANDA.

Barrio: PUENTE ARANDA. | Teléfonos 3007812839

Correo electrónico para notificación* CCPUENTEARANDA8291@GMAIL.COM

Nombre propietario: FUNDACION UN NUEVO AMANECER.

Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☒ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐ | Número documento: 900 067 669 - 1.

Nombre representante legal: LILIANA CONSTANZA FLOREZ TELLEZ

Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐ | Número documento: 52531030.

Dirección de notificación: KR 56 15 34

Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☒

Línea de intervención: ALIMENTOS SOPAS Y REFUERZOS

Intervención: COMEDORES COMUNITARIOS

Tipo de establecimiento: COMEDORES COMUNITARIOS

Número de trabajadores: 7 | Horario: Diurno ☒ Nocturno ☐ 24 horas ☐ Otro:

Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo ☐ Fin de semana ☐ Otro: IGUAL SABADO.

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DD MM AAAA: 09 11 2023.	Favorable ☐	% De cumplimiento de la última inspección	84,5 %
		Favorable con requerimientos ☒		
		Desfavorable ☐		

MOTIVO DE LA VISITA

Programación ☐	Solicitud del interesado ☒ Número de radicado: 5 JUNIO 2024 SDO-2024-422-010370-2	Asociada a peticiones, quejas y reclamos ☐ Número de radicado:
Solicitud oficial ☐ Número de radicado:	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.

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Impresión: Subdirección imprenta Distrital DDI

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

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

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)	2 X	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 X	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 X	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 X	2	0	- Cuentan con punto hídrico de almacenamiento No Manual y dotación en área de proceso, para correcto lavado de Manos. C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	10	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.)	5 X	2,5	0	- Puerta de nevera de congelación en área de bodega, se observa con deterioro de soporte en parte externa. - Empaque de nevera en área de proceso con [illegible] de Rendijas y suciedad. 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 X	3,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9,5	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 X	3,5	0	C
3.2 **Reconocimiento Médico.** (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	2 X	1	0	- Certificados Medicos Vigentes de diferentes Fechas del 2024 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 X	3,5	0	C

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

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

CONTINUACIÓN 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.4 **Educación y capacitación** (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	4 X	2	0	- documentan plan de capacitación, no ejecuta los diferentes procesos de mantenimiento de equipos. C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			18.	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.)	5 X	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 X X		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 X	3,5	0	T° Cuarto = -18°C. C
4.4 **Condiciones de almacenamiento** (Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)	4 X	2	0	NA 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

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

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 X	3,5	0	- acredita lavado de Tanque del 29 mayo del 2024. C
5.2 **Residuos líquidos** (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)	4 X	2	0	C
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 X	2	0	C
5.4 **Control integral de plagas** (Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)	9 X		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 X	3,5	0	- No Realizan adecuada limpieza de empaques de revera en area de proceso. C
5.6 **Soportes documentales de saneamiento** (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)	2 X	1	0	- DOCUMENTAN Plan de Saneamiento, no ejecutan adecuadamente el programa de limpieza. C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			28,5	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

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento		CONCEPTO (seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir)	Nivel de cumplimiento
91%	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

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

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria: Se socializan Hallazgos evidenciados, infografía USA. Autorregulación del establecimiento. Se socializa Contenido del acuerdo 634 de 2015 "aceite vegetal usado" y del "acuerdo 5BB de 2015 Información nutricional Menú" No se evidencia producto de alerta sanitaria, se deja acta Formato Verificación de ROTULADO, se actualizan datos de la resolución del establecimiento.

Por parte del establecimiento:

NINGUNA

MICHAEL HOEZ.

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy 03 del mes de 07 del año 2024 en la ciudad de Bogotá D. C.
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre: ALISON DANIELA GÓMEZ JERRANO.	Nombre:
Tipo de documento: CC	Tipo de documento:
Número de documento: 1072453364.	Número de documento:
Profesión u oficio: MEDICO VETERINARIO.	Profesión u oficio:
Firma: DANIELA GÓMEZ.	Firma:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	**TESTIGO**
Nombre: MICHAEL GUSTAVO HERNANDEZ BETRAN.	Nombre:
Tipo de documento: C.C.☒ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐	Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐
Número de documento: 1032397679.	Número de documento:
Cargo: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☒	Firma:
Firma: MICHAEL HOEZ.	

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la Ley 9 de 1979, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011"
NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

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

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Número AS14C 577698	FORMATO VERIFICACIÓN DE ROTULADO GENERAL DE ALIMENTOS, MATERIAS PRIMAS NACIONALES O IMPORTADAS Y ADITIVOS (Resoluciones 5109 de 2005 y 1506 de 2011)	FECHA: 03 07 2024.
		ACTA DE VISITA NÚMERO: AS02C131506

IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO			
Nombre Del Producto:	Pastas alimenticias.	azucar blanca.	Sal Refinada, yodada y Fluorizada para consumo humano.
Número autorización sanitaria registro RSA - permiso PSA - notificación NSA	PSA- 001532 - 2018.	NSA- 002837 - 2017.	RSIA 17mo 1999
Marca:	Comarrico.	Zukaru.	Refisal.
Presentación y Contenido neto:	Bolsa por 1000 g	Bolsa por 500 g.	Bolsa por 1 Kg.

CALIFICACIÓN: CUMPLE: C, NO CUMPLE: NC, NO APLICA: NA

Aspectos a verificar	Calificación	Hallazgos	Calificación	Hallazgos	Calificación	Hallazgos
Nombre Artículo 5 # 5.1 o Art. 12 # 1 (Res.5109/2005) o Artículo 5 # 5.1 (Res.1506/2011) y se debe ajustar a lo otorgado en la autorización de comercialización (RSA-PSA-NSA). El nombre debe estar en la cara principal de exhibición. Art 6. # 4 (Res. 5109/2005)	C		C		C	
Lista de Ingredientes Artículo 5 # 5.2 o Art.12 # 2 (Res.5109/2005) o Artículo 5 # 5.2 (Res.1506/2011)	C		C		C	
Contenido Neto y Peso Escurrido (Artículo 5 # 5.3 o Art.12 # 3 de Resolución 5109 de 2005 o Art.5 # 5.3 de la Resolución 1506 de 2011). El Contenido Neto debe estar en la cara principal de exhibición. Art 6. # 4 (Res. 5109/2005)	C		C		C	
Nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". En productos importados deben ir nombre o razón social y dirección del importador. Artículo 5 # 5.3 o Art.12 # 4 (Res.5109/2005) o Art. 5 # 5.4 (Res.1506/2011)	C		C		C	
Identificación de Lote Artículo 5 # 5.5 o Art. 12 # 6 (Res.5109/2005) o Art.5 # 5.5 (Res.1506/2011)	C		C		C	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

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

Número
AS14C 577698

FORMATO VERIFICACIÓN DE ROTULADO GENERAL DE ALIMENTOS, MATERIAS PRIMAS NACIONALES O IMPORTADAS Y ADITIVOS (Resoluciones 5109 de 2005 y 1506 de 2011)

FECHA: 03 07 2024

ACTA DE VISITA NÚMERO: ASO24132506

Fecha Límite de Utilización o Fecha de Duración Mínima o Fecha de Caducidad o Vencimiento Artículo 5 # 5.6 o Art. 12 # 7 (Res.5109/2005) o Art.5 # 5.7 (Res.1506/2011)	C		C		NA	
Instrucciones para el uso Artículo 5 # 5.7 (Res.5109/2005) o Art.5 # 5.6 (Res. 1506/2011)	C		NA		NA	
Condiciones de Conservación Artículo 5 # 5.6.4 o Art. 12 # 8 (Res.5109/2005) o Art. 5 # 5.6 (Res.1506/2011)	C		C		C	
Registro, permiso o notificación sanitaria Artículo 5 # 5.8 (Res.5109/2005) - Articulo 37 (Res.2674/2013) Nota: Para productos elaborados en Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina están exentos, para su introducción al resto del país deberán obtener el registro sanitario correspondiente ante el Invima	C		C		C	
Requisitos obligatorios adicionales **Etiquetado Cuantitativo de Ingredientes** Declaración cuantitativa de ingredientes valiosos o caracterizantes destacados en el rotulado, por su presencia o bajo contenido. (Artículo 5 # 6. 1 (Res.5109/2005)	C		NA		NA	
Alimentos e Ingredientes Causantes de Hipersensibilidad Declaración con su nombre específico. Artículo 5 # 6 Parágrafo Res.5109/2005	C		NA		NA	
País de Origen Artículo 12 # 5 (Res.5109/2005)	NA		NA		NA	
Presentación en la información de la etiqueta Etiquetas que se adhieran a los alimentos envasados no podrán removerse o separarse fácilmente del envase. Los datos en el rótulo deberán indicarse con caracteres claros, bien visibles, indelebles y fáciles de leer por el consumidor en circunstancias normales de compra y uso. Artículo 6 (Res.5109/2005)	C		C		C	
Etiquetado en Idioma Español Deberá utilizarse un rótulo o etiqueta complementario que contenga en idioma español, la información exigida en Res.5109/2005 Artículo 13 (Res.5109/2005) o Art. 4 # 6 (Res. 1506/2011) Nota. En el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se aceptan en idioma español e inglés	NA		NA		NA	
Cumple normas e incluye leyendas o requisitos específicos para el rotulado del producto.	C		C		C	
La etiqueta no debe describir el producto alimenticio envasado de una forma engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su natura - leza o inocuidad. Artículo 4. # 1 (Res.5109/2005 y Res.1506/2011)	C		C		C	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

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

Número AS14C 577698	FORMATO VERIFICACIÓN DE ROTULADO GENERAL DE ALIMENTOS, MATERIAS PRIMAS NACIONALES O IMPORTADAS Y ADITIVOS (Resoluciones 5109 de 2005 y 1506 de 2011)	FECHA: 03 07 2024
		ACTA DE VISITA NÚMERO: AJOC 13506.

REQUISITOS GENERALES						
No contiene palabras, 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. Artículo 4. # 2 (Res.5109/2005 y Res.1506/2011). Si la etiqueta describe información de rotulado nutricional, debe ajustarse conforme Resolución 333/2011. Artículo 4. # 2 (Res.5109/2005)	C		C		C	
La etiqueta no debe estar en contacto directo con el alimento, salvo que tenga la correspondiente autorización del Invima. Artículo 4. # 3 (Res.5109/2005)	C		C		C	
Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. Artículo 4. # 4 (Res.5109/2005)	C		C		C	
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. Artículo 4. # 5 (Res.5109/2005)	C		C		C	
No emplea gráficas que hagan alusión a ingredientes naturales que no contiene el mismo y cuyo sabor sea conferido por un saborizante artificial, en la etiqueta del alimento junto al nombre del mismo debe aparecer, la expresión "sabor artificial". Artículo 4. # 6 (Res.5109/2005)	C		C		C	
Decreto 1500 de 2007, Artículo 42. # 5. La etiqueta del producto deberá contener como mínimo, fecha de beneficio, fecha de empaque, fecha de vencimiento, nombre del corte. # 6. Carne, productos cárnicos comestibles y derivados cárnicos que utilicen empaque al vacío y otras tecnologías como atmósferas controladas deberán establecer la vida útil del producto y colocar condiciones de conservación del mismo.	NA		NA		NA	
Los productos verificados	CUMPLE [X]	NO CUMPLE [ ]	CUMPLE [X]	NO CUMPLE [ ]	CUMPLE [X]	NO CUMPLE [ ]

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO
Nombre: Allison Daniela Gómez Serrano.	Nombre: Michael Gustavo Hernandez Beltran.
Tipo de documento: CC	Tipo de documento: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] PEP [ ] PS [ ] PTP [ ]
Número de documento: 1012457367.	Número de documento: 1032397679.
Profesión u oficio: Medico Veterinario. Firma: Daniela Gómez H.	Cargo: Representante legal [ ] Propietario [ ] Encargado [X] Firma: MICHAEL HDEZ.

NOTA 1: La presente verificación se realiza en el marco de la fiscalización sanitaria establecida en la Resolución 1229 de 2013 y no constituye una aprobación ni autorización del rotulado del producto evaluado.
NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley , de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

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

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

3. OBSERVACIONES

NINGUNA.

Se le indica al usuario que esta acta no afecta el concepto sanitario del establecimiento la presente acta hace parte de la inspección AUC 131506.

4. Cumple con los aspectos verificados de la Ley 1335 del 2009 Si [X] No [ ]

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy 03 del mes de 07 del año 2024 en la Ciudad de BOGOTA.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre: Allison Daniela Gomez Serrano	Nombre:
Tipo de documento: CC	Tipo de documento:
Número de documento: 1012457364	Número de documento:
Profesión u oficio: Medico Veterinario	Profesión u oficio:
Firma: Daniela Gomez.	Firma:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	**TESTIGO**
Nombre: Michael Gustavo hernandez beltran	Nombre:
Tipo de documento: C.C.[X] C.E.[ ] NIT[ ] PEP[ ] PS[ ] PTP[ ]	Tipo de documento: C.C.[ ] C.E.[ ] NIT[ ] PEP[ ] PS[ ] PTP[ ]
Número de documento: 1032397679	Número de documento:
Cargo: Representante legal[ ] Propietario[ ] Encargado[X]	Institución:
Firma: MICHAEL HDEZ.	Firma:

NOTA 1: En aplicación de la Ley 1437 de 2011 artículos 2 y 3 numeral 4 principio de buena fe, hago constar que he recibido copia del acta de visita, la cual haré llegar al propietario o representante legal del establecimiento o similares, de lo contrario me hago responsable solidario ante cualquier investigación. La dirección de notificación deberá entenderse que es la misma del establecimiento, salvo que se trate de entidades públicas o establecimientos de cadena, la cual será la que ellos indiquen; el propietario o representante legal deberá informar a la autoridad sanitaria la dirección de notificación en caso de cambio. Autorizo a las autoridades de inspección vigilancia y control para notificar o enviar información a través del correo electrónico que queda registrado en la presente acta.

NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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