| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE LA SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-LSP-FR-403 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | ACTA DE TOMA DE MUESTRAS AGUA PARA CONSUMO HUMANO | Fecha de Aprobación: 2024-11-12 |

CÓDIGO RADICACIÓN DEL LABORATORIO: AA00371-2026

## DATOS PERSONA PRESTADORA

| | |
|---|---|
| Nombre de la Empresa Prestadora o Acueducto | EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE VIANI |
| Dirección de la Empresa Prestadora o Acueducto | CARRERA 5 # 3-46 ALCALDIA MUNICIPAL — Departamento: CUNDINAMARCA |
| Nombre de la Planta o Sistema de Tratamiento de Agua | PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA- CONVENCIONAL |
| Municipio donde se toma la muestra | VIANI |

## DATOS DE LA MUESTRA

| | |
|---|---|
| Fecha de toma de muestra | 2026 02 10 |
| Hora de toma de muestra | 7:30 AM |
| Fecha de recepción de muestra | 2026 02 10 |
| Hora de recepción de muestra | 1:01 pm |
| Temperatura de la muestra | 2.7 °C |
| Temperatura de la muestra corregida | 4.5 °C |
| Nombre de Fuente de Abastecimiento (río, quebrada, pozo, otro) | QUEBRADA LA LUZ ALJIBE LA PEÑA |
| Desinfectante | CG AH HS [X] CC MO DS DC OZ UV |
| Coagulante | [X] SB SF3 SF2 CA CF3 CF2 AS PAC PO |

Tomada por: LIBIA SOSA

Entregada por: Libia Sosa

En caso de entrega de custodia:

Fecha de entrega de custodia:

Hora de entrega de la custodia:

Motivo de entrega de custodia:

Análisis Solicitado: Fisicoquímico [X]; Microbiológico [X]; Especiales [ ]; Fisicoquímico [ ]; Cryptosporodium y Giardia [ ]; Otros [ ]

Objeto de la muestra: Vigilancia y Control [X]; Queja y/o emergencia sanitaria [ ]

Tipo de Agua: Cruda para Consumo Humano [ ]; Tratada [X]

Desinfectantes Convenciones: Cloro Gaseoso(CG), Acido Hipocloroso(AH), Hipoclorito de Sodio-Oxicloruro de Sodio(HS), Hipoclorito de Calcio-HTH-Oxicloruro de Calcio(HC), Cal Clorada-Cloruro de Cal-Hipoclorito de Cal(CC), Monocloroamina(MO), Dicloroisocianurico de Sodio-NaOCC(DS), Dióxido de Cloro(DC), Ozono(OZ), Luz Ultravioleta(UV).

Coagulantes: Sulfato de Aluminio tipo A(SA), Sulfato de Aluminio tipo B(SB), Sulfato de Hierro III- Sulfato Férrico(SF3), Sulfato de Hierro II- Sulfato Ferroso(SF2), Cloruro de aluminio- tricloruro de aluminio- clorhidrato de aluminio(CA), cloruro de hierro (III)- tricloruro férrico-Cloruro Férrico(CF3), Cloruro de hierro II- Cloruro Ferroso(CF2), Aluminato de Sodio- Aluminato(AS), Cloruro de Polialuminio-Policloruro de Alumino-PAC-Polialuminio Hidroxicloruro-PACl(PAC), Silicato de Sodio(SS),Poliacrilamidas.(PO)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Solicitante | SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA | Tel. Solicitante | 7491219 |

## LOCALIZACIÓN DE PUNTO Y TOMA DE MUESTRA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Punto de Toma Concertado | SI [X] NO [ ] | | |
| Código de Punto de Toma Concertado | 1003 | Punto de Toma (Grifo, Hidrante, etc.) | Grifo |
| Dirección | Carrera 6 con Calle 2 | Ubicación | Jardin Infantil ICBF. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Análisis in situ | Cloro Residual: 1.1 | Método: | CO CV [X] ES |
| | pH: 7.5 | Método: | CO TI IN CV EL [X] |

Métodos Cloro: Colorimétrico ( CO)- comparación visual ( CV) , fotométrico ( FO) y espectrofotométrico (ES).
Métodos pH: Colorimétrico (CO)- tira indicadora(TI), indicadores de pH(IN), Comparación Visual(CV), Electrométrico(EL), Potenciométrico ( PO)

Se toma Contramuestra por la E. S. P: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES:

| | | |
|---|---|---|
| FIRMA DE QUIEN TOMÓ LA MUESTRA | FIRMA DE TESTIGO | FIRMA RECEPCIONISTA LABORATORIO |
| Nombre:. LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO | Nombre: Jhon Jairo Avila M | Nombre: |
| Cargo:.... INGENIERA DE ALIMENTOS | Cargo: Auxiliar | |
| C.C. 21153341 | C.C. 1076.660.361 | |

| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-113 |
|---|---|---|
| | | Versión: 04 |
| | Formulario de Inscripción Sanitaria para Sujetos o Establecimientos con Actividades de Almacenamiento, Expendio, Preparación y Consumo de Alimentos y Bebidas | Fecha de Aprobación: 2 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA | MUNICIPIO | Viani | FECHA | 9-02-2026 |
|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO | 25 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO | 867 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN | 2586720398629 |

**IDENTIFICACION DEL SUJETO**
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

**PERSONA JURÍDICA**

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | |
| NOMBRE COMERCIAL | |
| *TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | NIT ☐ Número de Identificación Tributaria |

**PERSONA NATURAL**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO | Cafetaro la nevada |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO | Nina Esperanza Cardenas |
| *TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | C.C. ☒ C.E. ☐ Número de documento 20 398.629 |

**IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO**
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO | KR 3 # 5-21 | | | | | | |
| Rural ☐ | Urbano ☒ | Barrio | San Fernando | Vereda | | | |
| Comuna ☐ | Localidad ☐ | Sector ☐ | Corregimiento ☐ | Caserío ☐ | UPZ ☐ | | |
| Otro ☐ | Cuál: | | | | | | |
| TELÉFONO | XXXXXXXXX | FAX: | XXXXXXX | CELULAR: | 3103100736 | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | ninaesperanzacardenas@gmail.com | | | | | | |
| *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA | KR 3 # 5-21 | | | | | | |
| DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA | ninaesperanzacardenas@gmail.com | Autoriza la notificación electrónica? | SI ☒ | NO ☐ | | | |
| *MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN | Viani | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN | CUNDINAMARCA | | | | |

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Preparación Alimentos | Restaurante | | Expendio Alimentos | Expendio | | Venta Vía Pública | Puesto fijo o estacionario | | |
| | Cafeteria | X | | Productos de la pesca | | | Puesto móvil o ambulante | | |
| | Panaderia y/o Pasteleria | | Grandes Superficies | Hipermercado / Supermercado | | | Estacionario con preparación de alimentos | | |
| | Jugos, Fruteria y/o Heladeria | | Ensamble Alimentos | Ensamble menú | | | Ambulante con preparación de alimentos | | |
| | | | | Ensamble refrigerio | | Expendio Bebidas Alcohólicas | | | |
| Comedores | Programas sociales del estado | | Almacenamiento | Almacenamiento a temperatura ambiente | | Plazas de Mercado | Plaza de Mercado | | |
| | Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC) | | | Dador de frio | | | Central de Abasto | | |

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

**EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD**
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☒ NO ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de última inspección | 9-02- | Ultimo concepto sanitario emitido | Favorable con requerimientos |
| Funcionario que realiza Inscripción: | LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO | | |

**OBSERVACIONES:**

**Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:**

**Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:**

**ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)**

| | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Nina Esperanza Cardenas | FIRMA: Nina Cardenas |
| CÉDULA: 20 398 629 | EN CALIDAD DE: Propietaria |

**RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)**

| | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO:LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO | FIRMA: |
| CÉDULA:21153341 | EN CALIDAD DE:INGENIERA DE ALIMENTOS |

Se entrega copia al interesado.

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código:** M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02<br>**Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

CIUDAD: Ubaní | FECHA: 9-02-2026 | ACTA N°: 258670013-26

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [ ] Cafetería [X] Panadería [ ] Frutería [ ]
Comidas rápidas [ ] Comedores [ ] Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Nina Esperanza Cardenas
*CÉDULA / NIT: 20398629 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 25807 20398629
*NOMBRE COMERCIAL: Cafeteria la nevada
*DIRECCIÓN: KR 3 # 5-21 | MATRICULA MERCANTIL: No presento
*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Ubaní
Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]
Otro [ ] Cuál: San Fernando
TELÉFONOS: 3103100736 | FAX: ——
CORREO ELECTRÓNICO: ninaesperanzacardenas2@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Nina Esperanza Cardenas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 20398629
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Nina Esperanza Cardenas
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 20398629
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: KR 3 # 5-21
*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Ubaní
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 8am a 3pm L-D | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 2

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | Primera | FAVORABLE | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | Primera % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | 1 | | |
| | | DESFAVORABLE | | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | 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 |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de 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 PROCESO

| 1 | EDIFICACION 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 | 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 | 0 | se observan paredes area de bodega con suciedad material no sanitario C |
| 1.3 | **Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)* | 2 | X | 0 | se observan techos material no sanitario 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 | 0 | No cuenta con accesorios para el lavado de manos. C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 6 | La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02 |
| | | **Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | **Condiciones de equipos y utensilios.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)* | 5 | X | 0 | se observa nevera con presencia de suciedad, deterioro en sellos<br>No cuenta con instrumento para llevar control T° | C |
| 2.2 | **Superficies de contacto con el alimento.**<br>*(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 | 0 | Se observa mueble material no sanitario | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 6 | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta | |

| 3 | PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1 | **Estado de salud.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)* | X | 3,5 | 0 | | C |
| 3.2 | **Reconocimiento médico.**<br>*(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | 2 | 1 | X | No presenta reconocimiento medico | C |
| 3.3 | **Prácticas higiénicas.**<br>(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 | 0 | Se observa personal sin protección de cabello, uniforme o vestimenta acorde a la actividad | C |
| 3.4 | **Educación y capacitación.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)* | 4 | 2 | X | No presenta capacitación por escrito | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 10.5 | La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta | |

| 4 | REQUISITOS HIGIENICOS | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | **Control de materias primas e insumos.**<br>*(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 | 0 | No presenta soportes de control de calidad materia primas trazabilidad de materias primas | C |
| 4.2 | **Prevención de la contaminación cruzada.**<br>*(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.**<br>*(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)* | 7 | X | 0 | No lleva registros control de temperatura de alimentos en cocción y nevera | C |
| 4.4 | **Condiciones de almacenamiento.**<br>*(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)* | 4 | X | 0 | Se observa mal almacenamiento en nevera y area de almacenamiento | |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 17 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta | |

| 5 | SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5.1 | **Suministro y calidad de agua potable.**<br>*(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 | 0 | No presenta soportes del lavado y desinfección del tanque de reserva de agua | C |
| 5.2 | **Residuos líquidos.**<br>*(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)* | 4 | X 2 | 0 | | C |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código:** M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02<br>**Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 0 | se observa recipientes para los desechos sin tapa, no hay area especifica para almacenar los desechos | 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 | X | 0 | Se observa nevera con suciedad y elementos de aseo presencia de suciedad | C |
| 5.6 | **Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)* | 2 | | X | No sopresenta soportes del plande saneamiento pur escrito | C |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 22 | La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta | |

## II. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 61.5% | | FAVORABLE | 90-100% |
| | X | 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 | 8 |
| 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 X | Cuál:

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se socializa y se deja copio del acta

**Por parte del establecimiento:**

Ninguna

## VII. NOTIFICACION 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 9 del mes de febrero del año 2026 en la Ciudad de Viani.

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

| **POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA** | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO:Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN:E.S.E Hospital San Vicente de Paul- San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |
| **POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO** | |
| FIRMA: Nina Esperanza Cardenas | FIRMA: |
| NOMBRE: Tuteyaqjo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 20398629 | CÉDULA: |
| CARGO: Propietaria | CARGO: |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 2586700141-26

**Ciudad y Fecha:** Uani 9- febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** Cafetera la nevada

**Dirección:** KR 3 # 5-21. **Teléfono:** 3103106736

**Nombre del Producto:** Salsa mayo con mostaza

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Salsa mayo con mostaza 200 gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricador Griffith foods SAS Km 39 Autopista. Medillin |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 733649 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 10 JUL 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | RSA-002090-2016 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo
Firma:
Documento de identidad: 21153341
Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Nina Cadena
Firma
Documento de identidad: 20398629
Cargo Propietaria.

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 25 867 0015-26

**Ciudad y Fecha:** Viani 9. febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** Catetena la nevada

**Dirección:** Kr 3 # 5-21 **Teléfono:** 3103100736

**Nombre del Producto:** mostaza

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Mostaza 200 gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por Frigorifico de la costa SA.S KR 44 N. 53-02 Barranquilla |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L. E25 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | 10 JUL 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | PSA 00031.40-2021 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Carmelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Nino Cardenas

Firma

Documento de identidad: 20398629

Cargo Propietario

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO**

CIUDAD: Ulani | FECHA: 9- 02. 2026 | ACTA N°: 2586700016-26

RAZÓN SOCIAL: Nina Esperanza Cardenas

*CÉDULA / NIT: KR 3 # 5-21 20.398 629

*NOMBRE COMERCIAL: Cafeteria la neuda

*DIRECCIÓN: KR 3 # 5-21.

**DATOS DEL PRODUCTO**

Nombre: Salsa Posada

**Autorización de Comercialización:** (Marque solo una opción según corresponda)

| | |
|---|---|
| X | Registro Sanitario No.: RSA.0034687 .2024 |
| | Permiso Sanitario No.: |
| | Notificación Sanitaria No.: |
| | No Requiere |

**Presentación Comercial:** (Contenido neto) 200 gr

**ASPECTOS A VERIFICAR**

**Res. 810 de 2021, Res. 2492 de 2022 y Res. 254 de 2023 y las demás normas que la complementen, modifiquen o sustituyan**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Cumple (C); No Cumple (NC); No Aplica (NA)

**TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL Y NÚMERO DE PORCIONES**

| | | | | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **REQUISITOS GENERALES** | C | NC | NA | | |
| 1.1 | La información no describe o presenta el alimento de forma falsa, equívoca o engañosa o susceptible de crear en modo alguno una impresión errónea respecto de su contenido nutricional, propiedades nutricionales y de salud, que indiquen, representen, sugieran o impliquen que el alimento es útil, adecuado o efectivo para aliviar, tratar o curar cualquier enfermedad o trastorno fisiológico. (Art. 5, Art. 6 Res. 810 de 2021) | X | | | | |
| 2 | **ESPECIFICACIONES DE TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL** | C | NC | NA | | Observaciones |
| 2.1 | El título de la Tabla de Información Nutricional se declara como "Información Nutricional" o "Datos de Nutrición" o "Información Nutrimental" utilizando el tipo letra Arial o Helvética, en un tamaño mínimo de 10 puntos. Los títulos y los nombres de datos nutricionales: calorías, grasa saturada, grasas trans, azúcares añadidos y sodio, aparecen en negrilla y tamaño de letra 1.3 veces más grande para distinguirlos de los demás nutrientes y en idioma español. (Art. 28 Res. 810 de 2021). | X | | | | Informacion nutricional |
| 2.2 | La información nutricional deberá aparecer agrupada, presentada en un recuadro, en un lugar visible de la etiqueta, con tamaño mínimo del 25% del área disponible para impresión de la cara en donde se ubique , en caracteres legibles y en color contrastante con el fondo y se declara las unidades correspondientes a cada nutriente. (Art. 27 Res. 810 de 2021). | X | | | | Area total 216<br>Area total 45 25% |
| 2.3 | La declaración de los nutrientes se hace por 100 g/100 ml del alimento y por porción. La tabla nutricional contiene todos los nutrientes de declaración obligatoria (Art. 10 y Art. 28 Res. 810 de 2021) | X | | | | |
| 2.4 | Los datos nutricionales aparecen en el siguiente orden: calorías, grasa total, grasa saturada, grasa trans, carbohidratos, fibra dietaria, azúcares totales, azúcares añadidos, proteína, sodio. Para vitaminas y minerales de obligatoria declaración, el orden será: Vitamina A, Vitamina D, Hierro, Calcio y Zinc. El tipo de formato es acorde con el área de impresión disponible en la etiqueta (Art. 28, Art. 29 y Art. 30 Res. 810 de 2021) | X | | | | Formato |
| 2.5 | Los nutrientes de declaración obligatoria y opcionales se expresan en unidades, abreviaturas y aproximaciones permitidas. (Tabla 3. Art. 10, Tabla 7. Artículo 14, Tabla 1 Artículo 9; Tabla 5 y 6. Art.12. Res. 810 de 2021) | X | | | | |
| 2.6 | El número de porciones por empaque esta declarado en la cara principal de exhibición de la etiqueta, junto al contenido neto del alimento. (Art. 10, Art.12 Res. 810 de 2021) | X | | | | 13 porciones |
| 3 | **ETIQUETADO FRONTAL DE ADVERTENCIA** | C | NC | NA | | Observaciones |
| 3.1 | Teniendo en cuenta los valores de los nutrientes adicionados expresados en 100 g o 100 ml del producto alimenticio procesado o ultra procesado, son iguales o supera el valor según establecido en la tabla 17. De requerirse, son declarados los sellos correspondientes. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | | Grasa Sat: 2.6 12.72 Kcal<br>Azucares 81.9 = 176.09 184<br>Sodio 457 mg 22,35 |
| 3.2 | El o los sellos de advertencia se encuentran ubicados en la cara principal de exhibición de la etiqueta (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | | |
| 3.3 | El Sello frontal de advertencia tiene la forma octagonal de fondo color negro y borde blanco y en su interior el texto "EXCESO EN", seguido de "GRASAS SATURADAS" o "GRASAS TRANS ", "SODIO", "AZUCARES" o "CONTIENE EDULCORANTES" de manera individual o con 2, 3 , 4 o 5 sellos (según corresponda). Las letras están en mayúscula y de color blanco, letra tipo ARIAL BOLD e incluye en letras blancas la palabra "MINSALUD" (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | | |
| 3.4 | Los sellos de advertencia se ubican en el tercio superior derecho de la cara frontal o cara principal de exhibición de la etiqueta. Si el envase es cilíndrico o cónico los sellos se ubican en el tercio superior central. En caso de declarar dos o más sellos con el descriptor "EXCESO EN" siguen el orden y distribución: Sodio, Azúcares, Grasas Saturadas, Grasa Trans y Edulcorantes. (Art.1 Res. 254 de 2023) | X | | | | |
| 3.5 | Las dimensiones de los sellos están acorde al área de la cara principal de exhibición. (Art.1 Res. 254 de 2023) | X | | | | 3 sellos 1cm x lado Sodio - Grasas Azucares |
| 3.6 | El sello o los sellos de advertencia está(n) fijado(s) de modo indeleble y de forma segura mediante adhesión, impresión, cosido gofrado, serigrafía, termo fijación u otros medios análogos, de tal forma que se garantice que no se desprenda del producto en las condiciones de uso, conservación, transporte y permanezca adherido hasta el momento de su comercialización y vida útil. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | | |
| 4 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES NUTRICIONALES** | C | NC | NA | | Observaciones |
| 4.1 | Si el producto declara propiedades nutricionales, no debe tener uno o mas sellos frontales de advertencia | C | NC | NA | X | |
| 4.2 | La declaración de nutrientes es acorde con:<br>1. Los valores diarios de referencia definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021.<br>**NOTA:** En caso que el producto realice declaracion de nutrientes que no estén definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento.<br>2. El tamaño de la letra de las declaraciones no excede mas de dos veces el tamaño del nombre del alimento. | C | NC | NA | X | |

| | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

| | CONTENIDO DE NUTRIENTES | C | NC | NA | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.3 | Si el alimento cuenta con la declaración "Excelente fuente" o el sinónimo "rico en" aplica para los nutrientes: proteína, vitaminas y minerales, fibra, ácidos grasos omega 3, grasas monoinsaturadas, grasas poliinsaturadas y grasas insaturadas. En caso que se declare "excelente fuente" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "excelente fuente de vitaminas y/o minerales. (Tabla 11. Art.19 Res. 810 de 2021) | | | X | |
| 4.4 | Los alimentos que cumplan con el descriptor "buena fuente", también podrán utilizar: "proporciona", "fuente", "contiene" o "con". Si el alimento naturalmente tiene algún nutriente en una cantidad suficiente para declarar el descriptor "buena fuente", podrá utilizar el término "naturalmente con". Si el alimento cumple con el descriptor "buena fuente de" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "buena fuente de vitaminas y/o minerales . (Tabla 12. Art. 19 Res.810 de 2021) | | | X | |
| 4.5 | La declaración "libre de" o sus sinónimos: "no contiene", "no tiene", "Cero" (o su expresión numérica), "exento de" o "fuente no significativa de", "sin" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, ácidos grasos trans, azucares totales, colesterol, sodio). En el caso de que sea "libre" por naturaleza, se da a entender que es cualidad natural del alimento (Tabla 13. Art. 19. Res. 810 de 2021). | | | X | |
| 4.6 | La declaración "bajo en", también se podrá utilizar: "poco", "pocas", "baja fuente de" o "contiene una pequeña cantidad de", "bajo aporte" y "bajo contenido" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico. (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, colesterol, sodio). (Tabla 14. Art. 19. Res. 810 de 2021) | | | X | |
| 4.7 | Las declaraciones: "muy bajo en" solo aplica para sodio (máx 40 mg/100 g), "magro" y "extra magro" aplica para carnes y pescado, "magro" podrá ser usado en queso según Res. 2310 de 1986 y Res. 1804 de 1989. (Art.19. Res. 810 de 2021) | | | X | |
| 4.8 | La declaración de "fortificado" aplica para vitaminas y minerales indicados en Tabla 15. (Art. 19. Res. 810 de 2021), y da cumplimiento a: no tiene sellos de advertencia, la fortificación está permitida en la autorización de comercialización, el micronutriente está declarado en la tabla nutricional. | | | X | |
| | **COMPARACIÓN DE NUTRIENTES** | | | | |
| 4.9 | La declaración "Reducido en"o sus sinónimos:" menos" o "más bajo en", "ligero", "liviano", "menor", "menor que", aplica a reducción de nutrientes comparados en versiones diferentes de un mismo alimento o alimentos similares. La diferencia se expresa en porcentaje, fracción o cantidad absoluta. Estas declaraciones aplican para: calorías, grasas, grasas saturada, azúcares, sodio, colesterol y el término "light" únicamente puede usarse para reducido en calorías. (Tabla 16. Art. 21 Res. 810 de 2021) | | | X | |
| | **NO ADICIÓN** | | | | |
| 4.10 | La declaración "sin azúcares añadidos", "sin azúcares agregados", "sin azúcares adicionados", da cumplimiento al numeral 22.1 del Art.22 de la Res. 810 de 2021. | | | X | |
| 4.11 | La declaración "sin sal/sodio añadido" cumple con el requisito de "bajo en sodio", (Numeral 22.2 Art. 22 Res. 810 de 2021) | | | X | |
| 5 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES DE SALUD** | C | NC | NA | Observaciones |
| 5.1 | Las declaraciones de salud: 1. No sugieren que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria, ni que los alimentos comunes no suministran suficientes nutrientes. 2. No promueve el consumo excesivo de cualquier alimento. 3. No genera dudas sobre inocuidad y calidad de alimentos similares. 4. No tiene sellos de advertencia. 5. No cuantifica el grado de reducción de riesgo de enfermedades. 6. No implica propiedades curativas, medicinales ni terapéuticas. 7. No se describe ni se presenta con términos relacionados a salud, saludable, etc. 8. No usa términos relacionados a que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria. (Art. 4. Res 2492 de 2022) **NOTA:** En caso que el producto declare propiedades en salud que no estén definidas en la Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento. | | | X | |
| 6 | **SELLO POSITIVO** | C | NC | NA | Observaciones |
| 6.1 | Para sello positivo el alimento debe tener bajos contenidos de nutrientes de interés en salud publica en 100 g ó 100 ml dando cumplimiento a: Sal/Sodio (mg): ≤ 80 mg (sólidos) / ≤ 60 g (líquidos) Azúcares Añadidos(g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 1,0 g (líquidos) Grasas Saturadas (g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 2,0 g (líquidos) y que no usan edulcorantes en su formulación (Art. 33 Res. 810 de 2021) | | | X | |
| 6.2 | En la lista de ingredientes, no es su primer ingrediente: la sal/sodio o aditivos con sodio, azúcares añadidos, grasas (Art. 33 Res. 810 de 2021) | | | X | |
| 6.3 | El sello positivo se presenta en forma de visto bueno y cumple con los requisitos de color, dimensiones y ubicación (parte inferior izquierda de la cara frontal de la etiqueta) establecidos en el Art. 33 de la Res. 810 de 2021. | | | X | |

**Observaciones:**

**FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Libia Esperanza Sosa Camelo |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 21153341 |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Nina Esperanza Cardenas |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 20398629 |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** | **Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-179** |
| | **GESTION DE LA SALUD PÚBLICA** | **Versión:02** |
| | **REGISTRO FOTOGRAFICO** | **Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024** |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROFESIONAL** | **LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO** | | |
| **ACTIVIDAD** | **I.V.C PREPRACION DE ALIMENTOS: CAFETERIA LA NEVADA** | | |
| **MUNICIPIO** | **VIANI** | **FECHA:** | **09/02/2026** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **SE OBSERVA MAL ALMACENAMIENTO EN NEVERA** | **SE OBSERVA NO HAY AREA ESPECIFICA PARA ELEMNTOS DE ASEO** |
|  |  |
| **SE OBSERVA RECIPIENTE PARA LOS DESECHOS SIN TAPA** | **SE OBSERVA EQUIPO AN AMATERIAL SANITARIO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | Versión: 02<br>**Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

CIUDAD: Viani | FECHA: 17-02-2026 | ACTA N°: 258670023-26

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [ ] Cafetería [X] Panadería [ ] Frutería [ ]
Comidas rápidas [ ] Comedores [ ] Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Rosa elena Ortiz Hendez
*CÉDULA / NIT: 21 095 052 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 258672109505 2
*NOMBRE COMERCIAL: Confrix
*DIRECCIÓN: KR 3 # 6.06 | MATRICULA MERCANTIL: 190067
*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Viani
Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]
Otro [ ] Cuál: San Fernando
TELÉFONOS: 311 501.49.39. | FAX: ———
CORREO ELECTRÓNICO: elenisortiz20228@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Rosa Elena Ortiz Hendez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 21.095.052
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Rosa Elena Ortiz Hendez
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 21.095.052
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: KR 3 # 6-06 Barrio San Fernando
*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Viani
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:30amo7:30pm D-D | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 2- MAY - 2025 | FAVORABLE | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 68 % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X | | |
| | | DESFAVORABLE | | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | 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 |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de 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 PROCESO

| 1 | EDIFICACION 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 | 2 X | 0 | No cuente con servicio sanitario compartido con la Estacion de Gasolina. C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 8 | La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02 |
| | | **Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | **Condiciones de equipos y utensilios.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)* | 5 | X | 0 | Se observa estantería / vitrina rotos<br>No cuenta con instrumento para llevar registro control temperatura | C |
| 2.2 | **Superficies de contacto con el alimento.**<br>*(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 | 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.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)* | 7 | X | 0 | | C |
| 3.2 | **Reconocimiento médico.**<br>*(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | 2 | X | 0 | | C |
| 3.3 | **Prácticas higiénicas.**<br>(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 | 0 | Se observa que el manipulador de alimentos no utiliza elementos de Proteccion - Gorro bata. | C |
| 3.4 | **Educación y capacitación.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)* | 4 | X | 0 | | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 16.5 | La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta | |

| 4 | REQUISITOS HIGIENICOS | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | **Control de materias primas e insumos.**<br>*(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 | 0 | No presenta registros de control de materia prima | C |
| 4.2 | **Prevención de la contaminación cruzada.**<br>*(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.**<br>*(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)* | 7 | X | 0 | No lleva registros control de temperatura de nevera | C |
| 4.4 | **Condiciones de almacenamiento.**<br>*(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)* | 4 | X | 0 | Se observa mercancia contacto directo con el piso | |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 17 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta | |

| 5 | SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5.1 | **Suministro y calidad de agua potable.**<br>*(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 | 0 | No cuenta con soportes del lavado y desinfeccion del tanque de reserva de agua | C |
| 5.2 | **Residuos líquidos.**<br>*(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)* | 4 | X | 0 | | C |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código:** M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02<br>**Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 0 | se observa recipiente para los desechos sin tapa | 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 | X | 0 | se observa pared sucia area de expendio | C |
| 5.6 | **Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)* | 2 | 1 | X | No presenta soportes del plan de saneamiento por escrito | C |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 22 | La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta | |

## II. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| 73% | FAVORABLE | 90-100% |
| | X FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 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 | 0 |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | 0 |

## 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 | X No | Cuál:

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se socializa y se deja copia del acta

**Por parte del establecimiento:**

Ninguna

## VII. NOTIFICACION 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 17 del mes de febrero del año 2026 en la Ciudad de Vian.

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

| **POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA** | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO:Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN:E.S.E Hospital San Vicente de Paul- San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |
| **POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO** | |
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Rosa Elena Ortiz | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21 095 052. | CÉDULA: |
| CARGO: Propietaria. | CARGO: |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

## ANEXO ACTA DE VISITA

**ACTA:** 25 867 0024 - 26

**Ciudad y Fecha:** Vierni 17- 06- 2026

**Nombre del establecimiento:** cafeteria cantrx

**Dirección:** KR 3 # 6-06 **Teléfono:** 311 501 4939

**Nombre del Producto:** tajada de ponque con cobertura de sabor a chocolate

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Chocorramo Cont- 325gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por Productos Ramo SA.S cl 3 #24-08 Mosquera |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 00100 94998 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 14 03 - 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | NSA. 00 4595-2010 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo
Firma:
Documento de identidad: 21153341
Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Rosa Elena Ortiz.
Firma
Documento de identidad: 21 095 052
Cargo Propietario.

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA: 25867 0025-26**

**Ciudad y Fecha:** Uiani 17 - 02 - 2026

**Nombre del establecimiento:** Contrix

**Dirección:** Kr 3 # 6-06 **Teléfono:** 311-501.4939.

**Nombre del Producto:** Pan tajado Mantequilla

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | ✓ | | | — |
| 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. | ✓ | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | ✓ | | | — |
| 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. | ✓ | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | ✓ | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | ✓ | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | ✓ | | | Pan tajado mantequilla. 350gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | ✓ | | | Fabricado por alimentos mutina aonoles SA cra 72 N. 35G S. sur Bogotá |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | ✓ | | | lote 11 FEB - 26 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | ✓ | | | Vence 06 MAR 2026 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | ✓ | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | ✓ | | | NSA. 000892-2016 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | ✓ | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | | | ✓ | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | ✓ | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Rosa Elena Ortiz

Firma

Documento de identidad: 21 095 052

Cargo propietaria.

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO**

CIUDAD: Uiani | FECHA: 17-02-2026 | ACTA N°: 25867002 6 -26

RAZÓN SOCIAL: Rosa Elena Ortiz Mendez

*CÉDULA / NIT: 21095052

*NOMBRE COMERCIAL: Contrix

*DIRECCIÓN: Kr 3 # 6-06

**DATOS DEL PRODUCTO**

**Nombre:** Galletas waffers rellenas con Crema Sabor a Naranja

| Autorización de Comercialización: (Marque solo una opción según corresponda) | | Presentación Comercial: (Contenido neto) |
|---|---|---|
| | Registro Sanitario No.: | 117 gg |
| | Permiso Sanitario No.: | |
| X | Notificación Sanitaria No.: NSA 001223 6 - 2022 | |
| | No Requiere | |

**ASPECTOS A VERIFICAR**

**Res. 810 de 2021, Res. 2492 de 2022 y Res. 254 de 2023 y las demás normas que la complementen, modifiquen o sustituyan**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Cumple (C); No Cumple (NC); No Aplica (NA)

**TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL Y NÚMERO DE PORCIONES**

| | | C | NC | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **REQUISITOS GENERALES** | | | | |
| 1.1 | La información no describe o presenta el alimento de forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear en modo alguno una impresión errónea respecto de su contenido nutricional, propiedades nutricionales y de salud, que indiquen, representen, sugieran o impliquen que el alimento es útil, adecuado o efectivo para aliviar, tratar o curar cualquier enfermedad o trastorno fisiológico. (Art. 5, Art. 6 Res. 810 de 2021) | X | | | |
| 2 | **ESPECIFICACIONES DE TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL** | C | NC | NA | Observaciones |
| 2.1 | El titulo de la Tabla de Información Nutricional se declara como "Información Nutricional" o "Datos de Nutrición" o "Información Nutrimental" utilizando el tipo letra Arial o Helvética, en un tamaño mínimo de 10 puntos. Los títulos y los nombres de datos nutricionales: calorías, grasa saturada, grasas trans, azúcares añadidos y sodio, aparecen en negrilla y tamaño de letra 1.3 veces más grande para distinguirlos de los demás nutrientes y en idioma español. (Art. 28 Res. 810 de 2021). | C | | | Informacion nutricional |
| 2.2 | La información nutricional deberá aparecer agrupada, presentada en un recuadro, en un lugar visible de la etiqueta, con tamaño mínimo del 25% del área disponible para impresión de la cara en donde se ubique , en caracteres legibles y en color contrastante con el fondo y se declara las unidades correspondientes a cada nutriente. (Art. 27 Res. 810 de 2021). | C | X | | Area total 184. 25% 46<br>Area tabla 31.5 |
| 2.3 | La declaración de los nutrientes se hace por 100 g/100 ml del alimento y por porción. La tabla nutricional contiene todos los nutrientes de declaración obligatoria (Art. 10 y Art. 28 Res. 810 de 2021) | C | | | |
| 2.4 | Los datos nutricionales aparecen en el siguiente orden: calorías, grasa total, grasa saturada, grasa trans, carbohidratos, fibra dietaria, azúcares totales, azúcares añadidos, proteína, sodio. Para vitaminas y minerales de obligatoria declaración, el orden será: Vitamina A, Vitamina D, Hierro, Calcio y Zinc. El tipo de formato es acorde con el área de impresión disponible en la etiqueta (Art. 28, Art. 29 y Art. 30 Res. 810 de 2021) | X | | | Formato vertical estándar |
| 2.5 | Los nutrientes de declaración obligatoria y opcionales se expresan en unidades, abreviaturas y aproximaciones permitidas. (Tabla 3. Art. 10, Tabla 7. Artículo 14, Tabla 1 Artículo 9; Tabla 5 y 6. Art.12. Res. 810 de 2021) | X | | | |
| 2.6 | El número de porciones por empaque esta declarado en la cara principal de exhibición de la etiqueta, junto al contenido neto del alimento. (Art. 10, Art.12 Res. 810 de 2021) | X | | | 4 porciones por empaque |
| 3 | **ETIQUETADO FRONTAL DE ADVERTENCIA** | C | NC | NA | Observaciones |
| 3.1 | Teniendo en cuenta los valores de los nutrientes adicionados expresados en 100 g o 100 ml del producto alimenticio procesado o ultra procesado, son iguales o supera el valor según establecido en la tabla 17. De requerirse, son declarados los sellos correspondientes. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | Grasa Sat 10g = 19,65<br>Azucar T = 27g = 23,58<br>Az Az = 27g = 23,58<br>Sodio 228mg = 4,48<br>Kcal 458 |
| 3.2 | El o los sellos de advertencia se encuentran ubicados en la cara principal de exhibición de la etiqueta (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | |
| 3.3 | El Sello frontal de advertencia tiene la forma octagonal de fondo color negro y borde blanco y en su interior el texto "EXCESO EN", seguido de "GRASAS SATURADAS" o "GRASAS TRANS ", "SODIO", "AZUCARES" o "CONTIENE EDULCORANTES" de manera individual o con 2, 3 , 4 o 5 sellos (según corresponda). Las letras están en mayúscula y de color blanco, letra tipo ARIAL BOLD e incluye en letras blancas la palabra "MINSALUD" (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | |
| 3.4 | Los sellos de advertencia se ubican en el tercio superior derecho de la cara frontal o cara principal de exhibición de la etiqueta. Si el envase es cilíndrico o cónico los sellos se ubican en el tercio superior central. En caso de declarar dos o más sellos con el descriptor "EXCESO EN" siguen el orden y distribución: Sodio, Azúcares, Grasas Saturadas, Grasa Trans y Edulcorantes. (Art.1 Res. 254 de 2023) | X | | | |
| 3.5 | Las dimensiones de los sellos están acorde al área de la cara principal de exhibición. (Art.1 Res. 254 de 2023) | X | | | 1 cm por lado 2 sellos Exceso Azucares Grasa Sa |
| 3.6 | El sello o los sellos de advertencia está(n) fijado(s) de modo indeleble y de forma segura mediante adhesión, impresión, cosido gofrado, serigrafía, termo fijación u otros medios análogos, de tal forma que se garantice que no se desprenda del producto en la condiciones de uso, conservación, transporte y permanezca adherido hasta el momento de su comercialización y vida útil. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | |
| 4 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES NUTRICIONALES** | X C | NC | NA | Observaciones |
| 4.1 | Si el producto declara propiedades nutricionales, no debe tener uno o mas sellos frontales de advertencia | C | NC | X NA | |
| 4.2 | La declaración de nutrientes es acorde con:<br>1. Los valores diarios de referencia definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021.<br>**NOTA:** En caso que el producto realice declaracion de nutrientes que no estén definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que alli determinen el cumplimiento.<br>2. El tamaño de la letra de las declaraciones no excede mas de dos veces el tamaño del nombre del alimento. | C | NC | X NA | |

| | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

**CONTENIDO DE NUTRIENTES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.3 | Si el alimento cuenta con la declaración "Excelente fuente" o el sinónimo "rico en" aplica para los nutrientes: proteína, vitaminas y minerales, fibra, ácidos grasos omega 3, grasas monoinsaturadas, grasas poliinsaturadas y grasas insaturadas. En caso que se declare "excelente fuente" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "excelente fuente de vitaminas y/o minerales. (Tabla 11. Art.19 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.4 | Los alimentos que cumplan con el descriptor "buena fuente", también podrán utilizar: "proporciona", "fuente", "contiene" o "con". Si el alimento naturalmente tiene algún nutriente en una cantidad suficiente para declarar el descriptor "buena fuente", podrá utilizar el término "naturalmente con". Si el alimento cumple con el descriptor "buena fuente de" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "buena fuente de vitaminas y/o minerales . (Tabla 12. Art. 19 Res.810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.5 | La declaración "libre de" o sus sinónimos: "no contiene", "no tiene", "Cero" (o su expresión numérica), "exento de" o "fuente no significativa de", "sin" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, ácidos grasos trans, azucares totales, colesterol, sodio). En el caso de que sea "libre" por naturaleza, se da a entender que es cualidad natural del alimento (Tabla 13. Art. 19. Res. 810 de 2021). | C | NC | NA | |
| 4.6 | La declaración "bajo en", también se podrá utilizar: "poco", "pocas", "baja fuente de" o "contiene una pequeña cantidad de", "bajo aporte" y "bajo contenido" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico. (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, colesterol, sodio). (Tabla 14. Art. 19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.7 | Las declaraciones: "muy bajo en" solo aplica para sodio (máx 40 mg/100 g), "magro" y "extra magro" aplica para carnes y pescado, "magro" podrá ser usado en queso según Res. 2310 de 1986 y Res. 1804 de 1989. (Art.19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.8 | La declaración de "fortificado" aplica para vitaminas y minerales indicados en Tabla 15. (Art. 19. Res. 810 de 2021), y da cumplimiento a: no tiene sellos de advertencia, la fortificación está permitida en la autorización de comercialización, el micronutriente está declarado en la tabla nutricional. | C | NC | NA | |

**COMPARACIÓN DE NUTRIENTES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.9 | La declaración "Reducido en"o sus sinónimos:" menos" o "más bajo en", "ligero", "liviano", "menor", "menor que", aplica a reducción de nutrientes comparados en versiones diferentes de un mismo alimento o alimentos similares. La diferencia se expresa en porcentaje, fracción o cantidad absoluta. Estas declaraciones aplican para: calorías, grasas, grasas saturada, azúcares, sodio, colesterol y el término "light" únicamente puede usarse para reducido en calorías. (Tabla 16. Art. 21 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |

**NO ADICIÓN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.10 | La declaración "sin azúcares añadidos", "sin azúcares agregados", "sin azúcares adicionados", da cumplimiento al numeral 22.1 del Art.22 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |
| 4.11 | La declaración "sin sal/sodio añadido" cumple con el requisito de "bajo en sodio", (Numeral 22.2 Art. 22 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES DE SALUD** | C | NC | NA | Observaciones |
| 5.1 | Las declaraciones de salud: 1. No sugieren que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria, ni que los alimentos comunes no suministran suficientes nutrientes. 2. No promueve el consumo excesivo de cualquier alimento. 3. No genera dudas sobre inocuidad y calidad de alimentos similares. 4. No tiene sellos de advertencia. 5. No cuantifica el grado de reducción de riesgo de enfermedades. 6. No implica propiedades curativas, medicinales ni terapéuticas. 7. No se describe ni se presenta con términos relacionados a salud, saludable, etc. 8. No usa términos relacionados a que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria. (Art. 4. Res 2492 de 2022) **NOTA:** En caso que el producto declare propiedades en salud que no estén definidas en la Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento. | C | NC | NA | |
| 6 | **SELLO POSITIVO** | C | NC | NA | Observaciones |
| 6.1 | Para sello positivo el alimento debe tener bajos contenidos de nutrientes de interés en salud publica en 100 g ó 100 ml dando cumplimiento a: Sal/Sodio (mg): ≤ 80 mg (sólidos) / ≤ 60 g (líquidos) Azúcares Añadidos(g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 1,0 g (líquidos) Grasas Saturadas (g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 2,0 g (líquidos) y que no usan edulcorantes en su formulación (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.2 | En la lista de ingredientes, no es su primer ingrediente: la sal/sodio o aditivos con sodio, azúcares añadidos, grasas (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.3 | El sello positivo se presenta en forma de visto bueno y cumple con los requisitos de color, dimensiones y ubicación (parte inferior izquierda de la cara frontal de la etiqueta) establecidos en el Art. 33 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |

**Observaciones:**

**FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Libia Esperanza Sosa Camelo |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 21153341 |

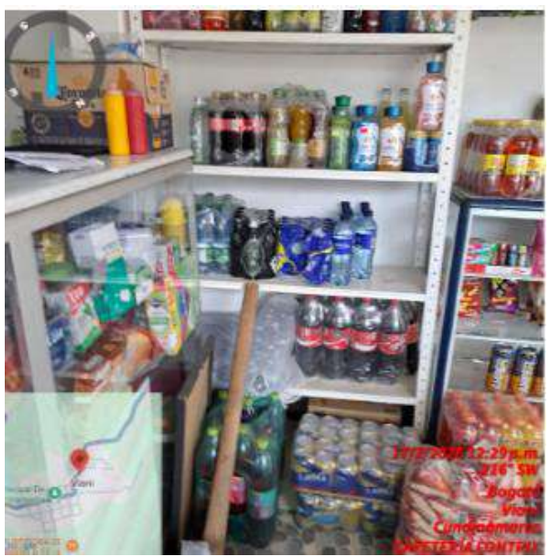
**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Rosa Elena Ortiz |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 21095052 |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** | **Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-179** |
| | **GESTION DE LA SALUD PÚBLICA** | **Versión:02** |
| | **REGISTRO FOTOGRAFICO** | **Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024** |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROFESIONAL** | **LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO** | | |
| **ACTIVIDAD** | **I.V.C PREPRACION DE ALIMENTOS: CONTRIX** | | |
| **MUNICIPIO** | **VIANI** | **FECHA:** | **17/02/2026** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **SE OBSERVA ALIMENTOS EN CONTACTO DIRECTO CON EL PISO** | **SE OBSERVA ALIMENTOS EN VITRINA MAL ORGANIZADOS** |
|  |  |
| **SE OBSERVA MERCANCIA SIN ORGANIZAR** | **SE OBSERVA PISOS EN BUEN ESTADO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código**: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02<br>**Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

CIUDAD: Viani | FECHA: 17.02.2026 | ACTA N°: 2586700 31-26

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [ ] Cafetería [ ] Panadería [X] Frutería [ ] Comidas rápidas [ ] Comedores [ ] Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Jose Antonio Quevedo Rodriguez

*CÉDULA / NIT: 11275372 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 25

*NOMBRE COMERCIAL: Panadera la flor del pan

*DIRECCIÓN: KR 3 # 6-39 | MATRICULA MERCANTIL: 14.6980

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Viani

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: San Fernando

TELÉFONOS: 322 2247972 | FAX: —

CORREO ELECTRÓNICO: Jose0726R@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Jose Antonio Quevedo Rodriguez

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 11.275372

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Jose Antonio Quevedo Rodriguez

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 11.275372

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: KR 3 # 6-39

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Viani

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7am a 9pm D-D | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 2

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 2-05-2025 | FAVORABLE | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 67.5 % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X | | |
| | | DESFAVORABLE | | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | 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 |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de 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 PROCESO

| 1 | EDIFICACION 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 | 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 | 0 | Se evidencia paredes área de Producción material no sanitario y Presencia de humedad. C |
| 1.3 | **Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)* | 2 | X | 0 | Se evidencia techos material no sanitario 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 | 0 | Se evidencia falta terminales higienicos ; No cuenta con lavamanos C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 6 | La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código:** M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02 |
| | | **Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | **Condiciones de equipos y utensilios.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)* | 5 | X | 0 | Se evidencia equipos en deterioro - No cuenta con instrumento para llevar control de temperatura | C |
| 2.2 | **Superficies de contacto con el alimento.**<br>*(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 | 0 | Se evidencia vidrio roto en vitrina. | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 6 | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta | |

| 3 | PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1 | **Estado de salud.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)* | X | 3,5 | 0 | — | C |
| 3.2 | **Reconocimiento médico.**<br>*(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | X | 1 | 0 | — | C |
| 3.3 | **Prácticas higiénicas.**<br>(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 | 0 | No se evidencia area para el lavado de manos del manipulador de alimentos | C |
| 3.4 | **Educación y capacitación.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)* | X | 2 | 0 | — | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 16.5 | La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta | |

| 4 | REQUISITOS HIGIENICOS | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | **Control de materias primas e insumos.**<br>*(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 | 0 | No llevar registros control de materias primas | C |
| 4.2 | **Prevención de la contaminación cruzada.**<br>*(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.**<br>*(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)* | 7 | X | 0 | No lleva registros de control de temperatura | C |
| 4.4 | **Condiciones de almacenamiento.**<br>*(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)* | 4 | X | 0 | Se evidencia mal almacenamiento area de bodega | |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 17 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta | |

| 5 | SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5.1 | **Suministro y calidad de agua potable.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 20, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)* | 7 | X | 0 | No cuenta con tanque de reserva de agua - Directa del acueducto | C |
| 5.2 | **Residuos líquidos.**<br>*(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)* | X | 2 | 0 | — | C |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código**: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02<br>**Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 0 | No cuenta con un área de almacenamiento de los residuos | C |
| 5.4 | **Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)* | 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 | 0 | se evidencia suciedad en las paredes, techos y areas en general | C |
| 5.6 | **Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)* | 2 | 1 | X | No presenta soportes del plan de saneamiento | C |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 22 | La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta | |

## II. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 67.5% | | FAVORABLE | 90-100% |
| | X | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 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 | 0 |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | 0 |

## 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 | Cuál:

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se socializa y se deja copia del acta final

**Por parte del establecimiento:**

ninguna

## VII. NOTIFICACION 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 17 del mes de Febrero del año 2026 en la Ciudad de Vian.

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

| **POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA** | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO:Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN:E.S.E Hospital San Vicente de Paul- San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |
| **POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO** | |
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Jose Antonio Quevedo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 11.275372 de Cajica | CÉDULA: |
| CARGO: Comerciante | CARGO: |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 2586700 32 - 26

**Ciudad y Fecha:** Uani 17 - 02 - 2026

**Nombre del establecimiento:** Panadería la flor del Pan

**Dirección:** Kr 3 # 6 - 39 **Teléfono:** 322224 7972

**Nombre del Producto:** Harina precocida de maiz blanco

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Harina precocida arepa repc. 500gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por Soberano SAS cra 57 # 74 80 Itagüí Antioquia |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 03 03 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 27 OCT. 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | PSA. 000210-2016 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO**

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo
Firma:
Documento de identidad: 21153341
Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre José Antonio Quevedo R.
Firma
Documento de identidad: 11275.372
Cargo Propietario

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 2586700 33- 26

**Ciudad y Fecha:** Viani 17 - 02 - 2026

**Nombre del establecimiento:** Panadería la flor del Pan

**Dirección:** KR 3 # 6-39. **Teléfono:** 322 224 7972

**Nombre del Producto:** Leche semidescremada deslactosada.

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Leche larga vida 1.000 ml. |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por colanta cl 74 N- 64A -51 Medellín |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 014607 3012 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 24 ABR. 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | RSA. 0035027. 2024 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre José Antonio Quevedo R.

Firma

Documento de identidad: 11 275 372.

Cargo Propietario

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO**

CIUDAD: Viani | FECHA: 17 02-2026 | ACTA N°: 25867 0034 -26

RAZÓN SOCIAL: Jose Antonio Quevedo

*CÉDULA / NIT: 11275372

*NOMBRE COMERCIAL: Panaderia la flor del Pan

*DIRECCIÓN: KR 3 # 6-39

**DATOS DEL PRODUCTO**

**Nombre:** Jamon

**Autorización de Comercialización:** (Marque solo una opción según corresponda)

- [X] Registro Sanitario No.: RSA.0011499-202-
- [ ] Permiso Sanitario No.:
- [ ] Notificación Sanitaria No.:
- [ ] No Requiere

**Presentación Comercial:** (Contenido neto) 225 g.

**ASPECTOS A VERIFICAR**

**Res. 810 de 2021, Res. 2492 de 2022 y Res. 254 de 2023 y las demás normas que la complementen, modifiquen o sustituyan**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Cumple (C); No Cumple (NC); No Aplica (NA)

**TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL Y NÚMERO DE PORCIONES**

| | REQUISITOS GENERALES | C | NC | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | La información no describe o presenta el alimento de forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear en modo alguno una impresión errónea respecto de su contenido nutricional, propiedades nutricionales y de salud, que indiquen, representen, sugieran o impliquen que el alimento es útil, adecuado o efectivo para aliviar, tratar o curar cualquier enfermedad o trastorno fisiológico. (Art. 5, Art. 6 Res. 810 de 2021) | X | | | |
| 2 | **ESPECIFICACIONES DE TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL** | C | NC | NA | Observaciones |
| 2.1 | El título de la Tabla de Información Nutricional se declara como "Información Nutricional" o "Datos de Nutrición" o "Información Nutrimental" utilizando el tipo letra Arial o Helvética, en un tamaño mínimo de 10 puntos. Los títulos y los nombres de datos nutricionales: calorías, grasa saturada, grasas trans, azúcares añadidos y sodio, aparecen en negrilla y tamaño de letra 1.3 veces más grande para distinguirlos de los demás nutrientes y en idioma español. (Art. 28 Res. 810 de 2021). | X | | | Informacion nutricional |
| 2.2 | La información nutricional deberá aparecer agrupada, presentada en un recuadro, en un lugar visible de la etiqueta, con tamaño mínimo del 25% del área disponible para impresión de la cara en donde se ubique , en caracteres legibles y en color contrastante con el fondo y se declara las unidades correspondientes a cada nutriente. (Art. 27 Res. 810 de 2021). | | X | | Area total 169. Area tabla 24. 25% 42.25 |
| 2.3 | La declaración de los nutrientes se hace por 100 g/100 ml del alimento y por porción. La tabla nutricional contiene todos los nutrientes de declaración obligatoria (Art. 10 y Art. 28 Res. 810 de 2021) | X | | | |
| 2.4 | Los datos nutricionales aparecen en el siguiente orden: calorías, grasa total, grasa saturada, grasa trans, carbohidratos, fibra dietaria, azúcares totales, azúcares añadidos, proteína, sodio. Para vitaminas y minerales de obligatoria declaración, el orden será: Vitamina A, Vitamina D, Hierro, Calcio y Zinc. El tipo de formato es acorde con el área de impresión disponible en la etiqueta (Art. 28, Art. 29 y Art. 30 Res. 810 de 2021) | X | | | Formato tabular |
| 2.5 | Los nutrientes de declaración obligatoria y opcionales se expresan en unidades, abreviaturas y aproximaciones permitidas. (Tabla 3. Art. 10, Tabla 7. Artículo 14, Tabla 1 Artículo 9; Tabla 5 y 6. Art.12. Res. 810 de 2021) | X | | | |
| 2.6 | El número de porciones por empaque esta declarado en la cara principal de exhibición de la etiqueta, junto al contenido neto del alimento. (Art. 10, Art.12 Res. 810 de 2021) | X | | | 11 Porciones por empaque |
| 3 | **ETIQUETADO FRONTAL DE ADVERTENCIA** | C | NC | NA | Observaciones |
| 3.1 | Teniendo en cuenta los valores de los nutrientes adicionados expresados en 100 g o 100 ml del producto alimenticio procesado o ultra procesado, son iguales o supera el valor según establecido en la tabla 17. De requerirse, son declarados los sellos correspondientes. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | Grasa S. 0.5 a 9 = 4.55 Azucares 2.1.9 = 19.29. Sodio 708mg = 65.02 Kcal 98 |
| 3.2 | El o los sellos de advertencia se encuentran ubicados en la cara principal de exhibición de la etiqueta (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | |
| 3.3 | El Sello frontal de advertencia tiene la forma octagonal de fondo color negro y borde blanco y en su interior el texto "EXCESO EN", seguido de "GRASAS SATURADAS" o "GRASAS TRANS ", "SODIO", "AZUCARES" o "CONTIENE EDULCORANTES" de manera individual o con 2, 3 , 4 o 5 sellos (según corresponda). Las letras están en mayúscula y de color blanco, letra tipo ARIAL BOLD e incluye en letras blancas la palabra "MINSALUD" (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | |
| 3.4 | Los sellos de advertencia se ubican en el tercio superior derecho de la cara frontal o cara principal de exhibición de la etiqueta. Si el envase es cilíndrico o cónico los sellos se ubican en el tercio superior central. En caso de declarar dos o más sellos con el descriptor "EXCESO EN" siguen el orden y distribución: Sodio, Azúcares, Grasas Saturadas, Grasa Trans y Edulcorantes. (Art.1 Res. 254 de 2023) | X | | | |
| 3.5 | Las dimensiones de los sellos están acorde al área de la cara principal de exhibición. (Art.1 Res. 254 de 2023) | X | | | 1 sello 1cm por todo Exceso Sodio |
| 3.6 | El sello o los sellos de advertencia está(n) fijado(s) de modo indeleble y de forma segura mediante adhesión, impresión, cosido gofrado, serigrafía, termo fijación u otros medios análogos, de tal forma que se garantice que no se desprenda del producto en la condiciones de uso, conservación, transporte y permanezca adherido hasta el momento de su comercialización y vida útil. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | | | |
| 4 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES NUTRICIONALES** | X | NC | NA | Observaciones |
| 4.1 | Si el producto declara propiedades nutricionales, no debe tener uno o mas sellos frontales de advertencia | | | X | |
| 4.2 | La declaración de nutrientes es acorde con:<br>1. Los valores diarios de referencia definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021.<br>**NOTA:** En caso que el producto realice declaracion de nutrientes que no estén definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento.<br>2. El tamaño de la letra de las declaraciones no excede mas de dos veces el tamaño del nombre del alimento. | | | X | |

| | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

**CONTENIDO DE NUTRIENTES**

| | | C | NC | NA | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.3 | Si el alimento cuenta con la declaración "Excelente fuente" o el sinónimo "rico en" aplica para los nutrientes: proteína, vitaminas y minerales, fibra, ácidos grasos omega 3, grasas monoinsaturadas, grasas poliinsaturadas y grasas insaturadas. En caso que se declare "excelente fuente" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "excelente fuente de vitaminas y/o minerales. (Tabla 11. Art.19 Res. 810 de 2021) | | | NA | |
| 4.4 | Los alimentos que cumplan con el descriptor "buena fuente", también podrán utilizar: "proporciona", "fuente", "contiene" o "con". Si el alimento naturalmente tiene algún nutriente en una cantidad suficiente para declarar el descriptor "buena fuente", podrá utilizar el término "naturalmente con". Si el alimento cumple con el descriptor "buena fuente de" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "buena fuente de vitaminas y/o minerales . (Tabla 12. Art. 19 Res.810 de 2021) | | | NA | |
| 4.5 | La declaración "libre de" o sus sinónimos: "no contiene", "no tiene", "Cero" (o su expresión numérica), "exento de" o "fuente no significativa de", "sin" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, ácidos grasos trans, azucares totales, colesterol, sodio). En el caso de que sea "libre" por naturaleza, se da a entender que es cualidad natural del alimento (Tabla 13. Art. 19. Res. 810 de 2021). | | | NA | |
| 4.6 | La declaración "bajo en", también se podrá utilizar: "poco", "pocas", "baja fuente de" o "contiene una pequeña cantidad de", "bajo aporte" y "bajo contenido" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico. (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, colesterol, sodio). (Tabla 14. Art. 19. Res. 810 de 2021) | | | NA | |
| 4.7 | Las declaraciones: "muy bajo en" solo aplica para sodio (máx 40 mg/100 g), "magro" y "extra magro" aplica para carnes y pescado, "magro" podrá ser usado en queso según Res. 2310 de 1986 y Res. 1804 de 1989. (Art.19. Res. 810 de 2021) | | | NA | |
| 4.8 | La declaración de "fortificado" aplica para vitaminas y minerales indicados en Tabla 15. (Art. 19. Res. 810 de 2021), y da cumplimiento a: no tiene sellos de advertencia, la fortificación está permitida en la autorización de comercialización, el micronutriente está declarado en la tabla nutricional. | | | NA | |

**COMPARACIÓN DE NUTRIENTES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.9 | La declaración "Reducido en"o sus sinónimos:" menos" o "más bajo en", "ligero", "liviano", "menor", "menor que", aplica a reducción de nutrientes comparados en versiones diferentes de un mismo alimento o alimentos similares. La diferencia se expresa en porcentaje, fracción o cantidad absoluta. Estas declaraciones aplican para: calorías, grasas, grasas saturada, azúcares, sodio, colesterol y el término "light" únicamente puede usarse para reducido en calorías. (Tabla 16. Art. 21 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |

**NO ADICIÓN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.10 | La declaración "sin azúcares añadidos", "sin azúcares agregados", "sin azúcares adicionados", da cumplimiento al numeral 22.1 del Art.22 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |
| 4.11 | La declaración "sin sal/sodio añadido" cumple con el requisito de "bajo en sodio", (Numeral 22.2 Art. 22 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 5 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES DE SALUD** | C | NC | NA | Observaciones |
| 5.1 | Las declaraciones de salud: 1. No sugieren que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria, ni que los alimentos comunes no suministran suficientes nutrientes. 2. No promueve el consumo excesivo de cualquier alimento. 3. No genera dudas sobre inocuidad y calidad de alimentos similares. 4. No tiene sellos de advertencia. 5. No cuantifica el grado de reducción de riesgo de enfermedades. 6. No implica propiedades curativas, medicinales ni terapéuticas. 7. No se describe ni se presenta con términos relacionados a salud, saludable, etc. 8. No usa términos relacionados a que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria. (Art. 4. Res 2492 de 2022) **NOTA:** En caso que el producto declare propiedades en salud que no estén definidas en la Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento. | C | NC | NA | |
| 6 | **SELLO POSITIVO** | C | NC | NA | Observaciones |
| 6.1 | Para sello positivo el alimento debe tener bajos contenidos de nutrientes de interés en salud publica en 100 g ó 100 ml dando cumplimiento a: Sal/Sodio (mg): ≤ 80 mg (sólidos) / ≤ 60 g (líquidos) Azúcares Añadidos(g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 1,0 g (líquidos) Grasas Saturadas (g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 2,0 g (líquidos) y que no usan edulcorantes en su formulación (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.2 | En la lista de ingredientes, no es su primer ingrediente: la sal/sodio o aditivos con sodio, azúcares añadidos, grasas (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.3 | El sello positivo se presenta en forma de visto bueno y cumple con los requisitos de color, dimensiones y ubicación (parte inferior izquierda de la cara frontal de la etiqueta) establecidos en el Art. 33 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |

**Observaciones:**

**FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Libia Esperanza Sosa Camelo |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 21153341 |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Jose Antonio Quevedo |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 11275372 |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-179 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión:02 |
| | REGISTRO FOTOGRAFICO | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROFESIONAL** | **LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO** | | |
| **ACTIVIDAD** | **I.V.C PREPRACION DE ALIMENTOS: PANADERIA LA FLOR DEL PAN** | | |
| **MUNICIPIO** | **VIANI** | **FECHA:** | **17/02/2026** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **SE OBSERVA PARED AREA DE PREPARACION CON HUMEDAD** | **SE OBSERVA MAL ALMACENAMIENTO EN NEVERA** |
|  |  |
| **SE OBSERVA AREA DE TECHOS MATERIAL NO SANITARIO** | **SE OBSERVA FALTA ORGANIZACIÓN AREA DE PREPARACION** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código**: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02<br>**Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

CIUDAD: Viani | FECHA: 17-02-2026 | ACTA N°: 25867001 9-26

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [X] Cafetería [ ] Panadería [ ] Frutería [ ] Comidas rápidas [ ] Comedores [ ] Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Carlos Augusto Rios Beltran

*CÉDULA / NIT: 3238839 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 25867 3238839

*NOMBRE COMERCIAL: Parador Vianiceño

*DIRECCIÓN: KR 3 # 6-23 | MATRICULA MERCANTIL: 56086

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Viani

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ] Otro [ ] Cuál: San Fernando

TELÉFONOS: 3133050339 | FAX:

CORREO ELECTRÓNICO: crosbeltran@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Carlos Augusto Rios Beltran

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 3238839

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Carlos Augusto Rios Beltran

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 3238839

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: KR 3 # 6-23

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Viani

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 5:30am a 9pm. D-D | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 5

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 02 - 05 - 2025 | FAVORABLE | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 62 % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X | | |
| | | DESFAVORABLE | | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | 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 |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de 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 PROCESO

| 1 | EDIFICACION 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 | 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 | 0 | Se observa Pisos material no Sanitario area de bodega. Paredes material no sanitario area de bodega C |
| 1.3 | **Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)* | 2 | X | 0 | Se observa techos material no sanitario - areas del establecimiento 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 | 0 | Se evidencia techos material no sanitario C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 8 | La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS | Versión: 02 |
| | | Fecha de Aprobación: 7 oct 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | **Condiciones de equipos y utensilios.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)* | 5 | X | 0 | No cuente con instrumento para llevar registros de control de temperaturas neveros y congeladores | C |
| 2.2 | **Superficies de contacto con el alimento.**<br>*(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 | 0 | Se evidencia vajilla desportillada - mesón con baldosas rotas | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 6 | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta | |

| 3 | PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1 | **Estado de salud.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)* | X | 3,5 | 0 | | C |
| 3.2 | **Reconocimiento médico.**<br>*(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | 2 | X | 0 | Se observa reconocimiento medico de 4 personas - Falta 1 por presentar certificado | C |
| 3.3 | **Prácticas higiénicas.**<br>(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 | 0 | Se evidencia personal no utiliza uniforme completo, no cuentan con un area especifica para guardar su vestuario | C |
| 3.4 | **Educación y capacitación.**<br>*(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)* | 4 | X | 0 | Se observa plande capacitacion de 4 manipuladores de alimentos - pendiente 1 persona | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 13.5 | La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta | |

| 4 | REQUISITOS HIGIENICOS | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | **Control de materias primas e insumos.**<br>*(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 | 0 | No Presentan soportes de control de materia prima . (carnes. | C |
| 4.2 | **Prevención de la contaminación cruzada.**<br>*(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.**<br>*(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)* | 7 | X | 0 | No lleva registros de control de temperatura de neveros y congeladores | C |
| 4.4 | **Condiciones de almacenamiento.**<br>*(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)* | 4 | X | 0 | Se evidencia mal almacenamiento en congelador de carnes y area de verduras | |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 17 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta | |

| 5 | SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5.1 | **Suministro y calidad de agua potable.**<br>*(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. Articulo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9. )* | 7 | X | 0 | No presenta evidencias del lavado y desintecacion del tanque de reserva de agua | C |
| 5.2 | **Residuos líquidos.**<br>*(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)* | 4 | 2 | 0 | | C |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código**: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02<br>**Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 0 | Se observa recipientes para los desechos en mal estado 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 | | X | 0 | se evidencia conostillas de las verduras con suciedad C |
| 5.6 | **Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)* | 2 | 1 | X | 0 | No presentan soportes del plan de saneamiento por escrito C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 22 | | La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta |

## II. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 66.5% | | FAVORABLE | 90-100% |
| | X | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 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 | 0 |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | 0 |

## 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~~ | Cuál:

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se socializa y se deja copia del acta

**Por parte del establecimiento:**

## VII. NOTIFICACION 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 17 del mes de Febrero del año 2026 en la Ciudad de Girardot.

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

| **POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA** | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO: Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN: E.S.E Hospital San Vicente de Paul- San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |
| **POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO** | |
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Carlos Augusto Ramos Bustos | NOMBRE: |
| CÉDULA: 3238839 | CÉDULA: |
| CARGO: Propietario | CARGO: |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 25867002026

**Ciudad y Fecha:** Ubaní 17- 02- 2026

**Nombre del establecimiento:** Parador Ubanicaño

**Dirección:** Kr 3 # 6-23 **Teléfono:** 3133050339

**Nombre del Producto:** Harina de maiz precocida

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | |
| 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. | X | | | — — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Harina de maiz Precocida 1000gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | fabricado por Productos alimenticios Bellini Cra1 N.8-31 Madrid |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 06A26 8029 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 29 ENE. 27 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente | X | | | RSA 0010004-2017 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo
Firma:
Documento de identidad: 21153341
Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Carlos Agustin Ros Baltu
Firma
Documento de identidad: 3238839
Cargo propietario

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 258670021-26

**Ciudad y Fecha:** Viani 17 - 02- 2026

**Nombre del establecimiento:** Parador Vianiceño

**Dirección:** KR 3 # 6-23 **Teléfono:** 313 3050339

**Nombre del Producto:** Spaghetti nutriun.

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Pastas alimenticias 500g. nutriun |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por Productos alimenticios Para S.A.S Mz 5 6 Ronda de occidente Mosquera |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L. 022 0426 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | EXP 16-JUL. 27 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | RSA 004570. 2017 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo
Firma:
Documento de identidad: 21153341
Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Carlos Augusto [illegible]
Firma
Documento de identidad: 3238839
Cargo propietario

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO**

CIUDAD: Viani | FECHA: 17-02-2026 | ACTA N°: 25867 0022-26

RAZÓN SOCIAL: Carlos Augusto Rios Beltran

*CÉDULA / NIT: 3238839

*NOMBRE COMERCIAL: Parador Vianeño

*DIRECCIÓN: KR 3 # 6-23

**DATOS DEL PRODUCTO**

**Nombre:** Chocolate de mesa con azucar

| Autorización de Comercialización: (Marque solo una opción según corresponda) | | Presentación Comercial: (Contenido neto) |
|---|---|---|
| | Registro Sanitario No.: | 400 gr |
| | Permiso Sanitario No.: | |
| X | Notificación Sanitaria No: NSA-000552-2016 | |
| | No Requiere | |

**ASPECTOS A VERIFICAR**

**Res. 810 de 2021, Res. 2492 de 2022 y Res. 254 de 2023 y las demás normas que la complementen, modifiquen o sustituyan**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Cumple (C); No Cumple (NC); No Aplica (NA)

**TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL Y NÚMERO DE PORCIONES**

| | REQUISITOS GENERALES | C | NC | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | La información no describe o presenta el alimento de forma falsa, equívoca o engañosa o susceptible de crear en modo alguno una impresión errónea respecto de su contenido nutricional, propiedades nutricionales y de salud, que indiquen, representen, sugieran o impliquen que el alimento es útil, adecuado o efectivo para aliviar, tratar o curar cualquier enfermedad o trastorno fisiológico. (Art. 5, Art. 6 Res. 810 de 2021) | X | NC | NA | |
| **2** | **ESPECIFICACIONES DE TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL** | **C** | **NC** | **NA** | **Observaciones** |
| 2.1 | El título de la Tabla de Información Nutricional se declara como "Información Nutricional" o "Datos de Nutrición" o "Información Nutrimental" utilizando el tipo letra Arial o Helvética, en un tamaño mínimo de 10 puntos. Los títulos y los nombres de datos nutricionales: calorías, grasa saturada, grasas trans, azúcares añadidos y sodio, aparecen en negrilla y tamaño de letra 1.3 veces más grande para distinguirlos de los demás nutrientes y en idioma español. (Art. 28 Res. 810 de 2021). | X | NC | NA | Informacion nutricional |
| 2.2 | La información nutricional deberá aparecer agrupada, presentada en un recuadro, en un lugar visible de la etiqueta, con tamaño mínimo del 25% del área disponible para impresión de la cara en donde se ubique , en caracteres legibles y en color contrastante con el fondo y se declara las unidades correspondientes a cada nutriente. (Art. 27 Res. 810 de 2021). | C | X | NA | Area total 230cm² Area tabla 19.25 25% 57.5 |
| 2.3 | La declaración de los nutrientes se hace por 100 g/100 ml del alimento y por porción. La tabla nutricional contiene todos los nutrientes de declaración obligatoria (Art. 10 y Art. 28 Res. 810 de 2021) | X | NC | NA | — |
| 2.4 | Los datos nutricionales aparecen en el siguiente orden: calorías, grasa total, grasa saturada, grasa trans, carbohidratos, fibra dietaria, azúcares totales, azúcares añadidos, proteína, sodio. Para vitaminas y minerales de obligatoria declaración, el orden será: Vitamina A, Vitamina D, Hierro, Calcio y Zinc. El tipo de formato es acorde con el área de impresión disponible en la etiqueta (Art. 28, Art. 29 y Art. 30 Res. 810 de 2021) | X | NC | NA | Formato tabular |
| 2.5 | Los nutrientes de declaración obligatoria y opcionales se expresan en unidades, abreviaturas y aproximaciones permitidas. (Tabla 3. Art. 10, Tabla 7. Artículo 14, Tabla 1 Artículo 9; Tabla 5 y 6. Art.12. Res. 810 de 2021) | X | NC | NA | — |
| 2.6 | El número de porciones por empaque esta declarado en la cara principal de exhibición de la etiqueta, junto al contenido neto del alimento. (Art. 10, Art.12 Res. 810 de 2021) | X | NC | NA | 24 porciones por envase. |
| **3** | **ETIQUETADO FRONTAL DE ADVERTENCIA** | **C** | **NC** | **NA** | **Observaciones** |
| 3.1 | Teniendo en cuenta los valores de los nutrientes adicionados expresados en 100 g o 100 ml del producto alimenticio procesado o ultra procesado, son iguales o supera el valor según establecido en la tabla 17. De requerirse, son declarados los sellos correspondientes. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | Grasa S = 0.8g. = 11,61 Az- T. = 9.1.g = 58,71 Az- AN = 4.5g = 29,03 Sodio 42.mg = = 6,10 Kcal 62 |
| 3.2 | El o los sellos de advertencia se encuentran ubicados en la cara principal de exhibición de la etiqueta (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | — |
| 3.3 | El Sello frontal de advertencia tiene la forma octagonal de fondo color negro y borde blanco y en su interior el texto "EXCESO EN", seguido de "GRASAS SATURADAS" o "GRASAS TRANS ", "SODIO", "AZUCARES" o "CONTIENE EDULCORANTES" de manera individual o con 2, 3 , 4 o 5 sellos (según corresponda). Las letras están en mayúscula y de color blanco, letra tipo ARIAL BOLD e incluye en letras blancas la palabra "MINSALUD" (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | — |
| 3.4 | Los sellos de advertencia se ubican en el tercio superior derecho de la cara frontal o cara principal de exhibición de la etiqueta. Si el envase es cilíndrico o cónico los sellos se ubican en el tercio superior central. En caso de declarar dos o más sellos con el descriptor "EXCESO EN" siguen el orden y distribución: Sodio, Azúcares, Grasas Saturadas, Grasa Trans y Edulcorantes. (Art.1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | — |
| 3.5 | Las dimensiones de los sellos están acorde al área de la cara principal de exhibición. (Art.1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | 1 sello 1.5cm x lado Exceso azucares |
| 3.6 | El sello o los sellos de advertencia está(n) fijado(s) de modo indeleble y de forma segura mediante adhesión, impresión, cosido gofrado, serigrafía, termo fijación u otros medios análogos, de tal forma que se garantice que no se desprenda del producto en la condiciones de uso, conservación, transporte y permanezca adherido hasta el momento de su comercialización y vida útil. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | — |
| **4** | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES NUTRICIONALES** | | | | **Observaciones** |
| 4.1 | Si el producto declara propiedades nutricionales, no debe tener uno o mas sellos frontales de advertencia | C | NC | NA | — |
| 4.2 | La declaración de nutrientes es acorde con:<br>1. Los valores diarios de referencia definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021.<br>**NOTA:** En caso que el producto realice declaracion de nutrientes que no estén definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento.<br>2. El tamaño de la letra de las declaraciones no excede mas de dos veces el tamaño del nombre del alimento. | C | NC | NA | — |

| | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONTENIDO DE NUTRIENTES** | | | | | | |
| 4.3 | Si el alimento cuenta con la declaración "Excelente fuente" o el sinónimo "rico en" aplica para los nutrientes: proteína, vitaminas y minerales, fibra, ácidos grasos omega 3, grasas monoinsaturadas, grasas poliinsaturadas y grasas insaturadas. En caso que se declare "excelente fuente" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "excelente fuente de vitaminas y/o minerales. (Tabla 11. Art.19 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | X | |
| 4.4 | Los alimentos que cumplan con el descriptor "buena fuente", también podrán utilizar: "proporciona", "fuente", "contiene" o "con". Si el alimento naturalmente tiene algún nutriente en una cantidad suficiente para declarar el descriptor "buena fuente", podrá utilizar el término "naturalmente con". Si el alimento cumple con el descriptor "buena fuente de" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "buena fuente de vitaminas y/o minerales . (Tabla 12. Art. 19 Res.810 de 2021) | C | NC | NA | X | |
| 4.5 | La declaración "libre de" o sus sinónimos: "no contiene", "no tiene", "Cero" (o su expresión numérica), "exento de" o "fuente no significativa de", "sin" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, ácidos grasos trans, azucares totales, colesterol, sodio). En el caso de que sea "libre" por naturaleza, se da a entender que es cualidad natural del alimento (Tabla 13. Art. 19. Res. 810 de 2021). | C | NC | NA | X | |
| 4.6 | La declaración "bajo en", también se podrá utilizar: "poco", "pocas", "baja fuente de" o "contiene una pequeña cantidad de", "bajo aporte" y "bajo contenido" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico. (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, colesterol, sodio). (Tabla 14. Art. 19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | X | |
| 4.7 | Las declaraciones: "muy bajo en" solo aplica para sodio (máx 40 mg/100 g), "magro" y "extra magro" aplica para carnes y pescado, "magro" podrá ser usado en queso según Res. 2310 de 1986 y Res. 1804 de 1989. (Art.19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | X | |
| 4.8 | La declaración de "fortificado" aplica para vitaminas y minerales indicados en Tabla 15. (Art. 19. Res. 810 de 2021), y da cumplimiento a: no tiene sellos de advertencia, la fortificación está permitida en la autorización de comercialización, el micronutriente está declarado en la tabla nutricional. | C | NC | NA | X | |
| **COMPARACIÓN DE NUTRIENTES** | | | | | | |
| 4.9 | La declaración "Reducido en"o sus sinónimos:" menos" o "más bajo en", "ligero", "liviano", "menor", "menor que", aplica a reducción de nutrientes comparados en versiones diferentes de un mismo alimento o alimentos similares. La diferencia se expresa en porcentaje, fracción o cantidad absoluta. Estas declaraciones aplican para: calorías, grasas, grasas saturada, azúcares, sodio, colesterol y el término "light" únicamente puede usarse para reducido en calorías. (Tabla 16. Art. 21 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | X | |
| **NO ADICIÓN** | | | | | | |
| 4.10 | La declaración "sin azúcares añadidos", "sin azúcares agregados", "sin azúcares adicionados", da cumplimiento al numeral 22.1 del Art.22 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | X | |
| 4.11 | La declaración "sin sal/sodio añadido" cumple con el requisito de "bajo en sodio", (Numeral 22.2 Art. 22 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | X | |
| 5 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES DE SALUD** | C | NC | NA | | Observaciones |
| 5.1 | Las declaraciones de salud: 1. No sugieren que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria, ni que los alimentos comunes no suministran suficientes nutrientes. 2. No promueve el consumo excesivo de cualquier alimento. 3. No genera dudas sobre inocuidad y calidad de alimentos similares. 4. No tiene sellos de advertencia. 5. No cuantifica el grado de reducción de riesgo de enfermedades. 6. No implica propiedades curativas, medicinales ni terapéuticas. 7. No se describe ni se presenta con términos relacionados a salud, saludable, etc. 8. No usa términos relacionados a que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria. (Art. 4. Res 2492 de 2022) **NOTA:** En caso que el producto declare propiedades en salud que no estén definidas en la Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento. | C | NC | NA | X | |
| 6 | **SELLO POSITIVO** | C | NC | NA | | Observaciones |
| 6.1 | Para sello positivo el alimento debe tener bajos contenidos de nutrientes de interés en salud publica en 100 g ó 100 ml dando cumplimiento a: Sal/Sodio (mg): ≤ 80 mg (sólidos) / ≤ 60 g (líquidos) Azúcares Añadidos(g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 1,0 g (líquidos) Grasas Saturadas (g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 2,0 g (líquidos) y que no usan edulcorantes en su formulación (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | X | |
| 6.2 | En la lista de ingredientes, no es su primer ingrediente: la sal/sodio o aditivos con sodio, azúcares añadidos, grasas (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | X | |
| 6.3 | El sello positivo se presenta en forma de visto bueno y cumple con los requisitos de color, dimensiones y ubicación (parte inferior izquierda de la cara frontal de la etiqueta) establecidos en el Art. 33 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | X | |

**Observaciones:**

**FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Libia Esperanza Sosa Camelo |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 21153341 |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Carlos Augusto Rios |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 32 398 839 |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-179 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión:02 |
| | REGISTRO FOTOGRAFICO | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROFESIONAL** | **LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO** | | |
| **ACTIVIDAD** | **I.V.C PREPRACION DE ALIMENTOS: PARADOR VIANICEÑO** | | |
| **MUNICIPIO** | **VIANI** | **FECHA:** | **17/02/2026** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **SE OBSERVA MESOSN CON BALDOSA ROTA** | **SE OBSERVA DESORDEN AREA DE BODEGA** |
|  |  |
| **SE OBSERVA AREA DE TECHOS SIN PROTECCION** | **SE OBSERVA MAL ALMACENAMIENTO EN CONGELADOR DE CARNES** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código**: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02 |
| | | **Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

CIUDAD: Uiani | FECHA: 17 02 2026 | ACTA N°: 258670027-26

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [X] | Cafetería [ ] | Panadería [ ] | Frutería [ ] | Comidas rápidas [ ] | Comedores [ ] | Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Juan Carlos Bustos

*CÉDULA / NIT: 80218150-5 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 258678021815O

*NOMBRE COMERCIAL: Restaurante Gran Estacion

*DIRECCIÓN: KR-3 # 6-62 | MATRICULA MERCANTIL: 196733

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Uiani

Barrio [X] | Vereda [ ] | Comuna [ ] | Localidad [ ] | Sector [ ] | Corregimiento [ ] | Caserío [ ] | UPZ [ ]

Otro [ ] | Cuál: San Fernando

TELÉFONOS: 3162688713 | FAX:

CORREO ELECTRÓNICO: juancarlosbustos1004@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Juan Carlos Bustos

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] | C.E. [ ] | NIT [ ] | Número de documento: 80218150

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Juan Carlos Bustos

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] | C.E. [ ] | NIT [ ] | *Número de documento: 80218150

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: KR. 3 # 6-62

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Uiani

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 10 ama 10pm D-D | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 5

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 03-09-2025 | FAVORABLE | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 64,5 % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X | | |
| | | DESFAVORABLE | | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | 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 |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de 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 PROCESO

| 1 | EDIFICACION 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 0 | Se observa congelador con presencia de sociedad 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 | | | 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 | 0 | Se evidencia estado de salud físicamente bien, pero el establecimiento, no ha realizado controles medicos del personal C |
| 3.2 | **Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | 2 | 1 | X | No Presenta reconocimiento medico del Personal 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 |
| 3.4 | **Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)* | 4 | 2 | X | No Presentan plan de capacitación de buenas practicas de manufactura por escrito C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 10.5 | La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta |

| 4 | REQUISITOS HIGIENICOS | 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 | 0 | No presentan registros de control de materias primas. (pollo - carnes) 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.)* | | | | 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 | 0 | No presentan registros de control de temperaturas de congeladores de almacenamiento pollo - carnes. C |
| 4.4 | **Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)* | 4 | X | 0 | se observa mal almacenamiento en congelador de frutas y verduras |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 17 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta |

| 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 | 0 | No presentan soportes del lavado y desinfección del tanque de reserva de agua. C |
| 5.2 | **Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)* | 4 | 2 | 0 | C |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | **Código**: M-PDS-GSP-VSP-FR-071 |
|---|---|---|
| | **ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** | **Versión:** 02<br>**Fecha de Aprobación:** 7 oct 2024 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 X | 0 | Se observan recipientes para los desechos area de preparacion sin proteccion, no cuentan con area especifica para almacenar los desechos | 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 | 3 X | 0 | Se evidencia suciedad en congelador de verduras. Pollo. carne | C |
| 5.6 | **Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)* | 2 | 1 | X | NO presentan soportes documentales por escrito del plan de saneamiento | C |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 22 | La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta | |

## II. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 69% | | FAVORABLE | 90-100% |
| | X | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 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 | 0 |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | 0 |

## 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 | X NO | Cuál: —

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se socializa y se deja copia del acta

**Por parte del establecimiento:**

Ninguna

## VII. NOTIFICACION 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 12 del mes de febrero del año 2026 en la Ciudad de Vianí.

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

| **POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA** | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO:Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN:E.S.E Hospital San Vicente de Paul- San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |
| **POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO** | |
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Keyllismar Romero | NOMBRE: |
| CÉDULA: 30253367 | CÉDULA: |
| CARGO: Encargada | CARGO: |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 2586700 28- 26

**Ciudad y Fecha:** Ubaní 17 - 02 - 2026

**Nombre del establecimiento:** Restaurante Gran Estación

**Dirección:** Kr 3 # 6-62. **Teléfono:** 3162688713

**Nombre del Producto:** Arroz Huila

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Arroz Flor Huila 500 g |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por ORF S. A Cra 10 N. 97. A 13 |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 090926 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Venco 09 2026 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | RSA. 0010241- 2020 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Keyllismar Romero

Firma

Documento de identidad: 30 253 367

Cargo Encargada

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

## ANEXO ACTA DE VISITA

**ACTA:** 25 8670029-26

**Ciudad y Fecha:** Usaquén 17 · 02 2026

**Nombre del establecimiento:** Restaurante Gran Estacion

**Dirección:** KR 3 H 6-62. **Teléfono:** 3162688713

**Nombre del Producto:** Pan hamburguesa

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | ✓ | | | — |
| 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. | ✓ | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | ✓ | | | — |
| 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. | ✓ | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | ✓ | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | ✓ | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | ✓ | | | Pan hamburguesa 320 gr |
| 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. | ✓ | | | Fabricado por Repon SAS Cra 65B N. 17-50 Bogotá |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | ✓ | | | lote EH1026300120-00126 |
| 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. | ✓ | | | Venco 20-02-26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | ✓ | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | ✓ | | | NSA. 0007272-2019 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | ✓ | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | | | ✓ | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | ✓ | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo
Firma:
Documento de identidad: 21153341
Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Keylismar Romero
Firma
Documento de identidad: 30253367
Cargo Encargada

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO**

CIUDAD: Uan: FECHA: 17-02-2026 ACTA N°: 2586700 30-26

RAZÓN SOCIAL: Juan Carlos Bustos

*CÉDULA / NIT: 80218150

*NOMBRE COMERCIAL: Restaurante Gran Estacion

*DIRECCIÓN: KR 3 # 6-62

**DATOS DEL PRODUCTO**

**Nombre:** Salsa Rosada

| Autorización de Comercialización: (Marque solo una opción según corresponda) | | |
|---|---|---|
| X | Registro Sanitario No.: | RSA.006365-2016 |
| | Permiso Sanitario No.: | |
| | Notificación Sanitaria No.: | |
| | No Requiere | |

Presentación Comercial: (Contenido neto) 1000gr

**ASPECTOS A VERIFICAR**
**Res. 810 de 2021, Res. 2492 de 2022 y Res. 254 de 2023 y las demás normas que la complementen, modifiquen o sustituyan**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Cumple (C); No Cumple (NC); No Aplica (NA)

**TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL Y NÚMERO DE PORCIONES**

| | REQUISITOS GENERALES | C | NC | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | La información no describe o presenta el alimento de forma falsa, equívoca o engañosa o susceptible de crear en modo alguno una impresión errónea respecto de su contenido nutricional, propiedades nutricionales y de salud, que indiquen, representen, sugieran o impliquen que el alimento es útil, adecuado o efectivo para aliviar, tratar o curar cualquier enfermedad o trastorno fisiológico. (Art. 5, Art. 6 Res. 810 de 2021) | X | NC | NA | |
| 2 | **ESPECIFICACIONES DE TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL** | C | NC | NA | Observaciones |
| 2.1 | El título de la Tabla de Información Nutricional se declara como "Información Nutricional" o "Datos de Nutrición" o "Información Nutrimental" utilizando el tipo letra Arial o Helvética, en un tamaño mínimo de 10 puntos. Los títulos y los nombres de datos nutricionales: calorías, grasa saturada, grasas trans, azúcares añadidos y sodio, aparecen en negrilla y tamaño de letra 1.3 veces más grande para distinguirlos de los demás nutrientes y en idioma español. (Art. 28 Res. 810 de 2021). | X | NC | NA | Informacion nutricional |
| 2.2 | La información nutricional deberá aparecer agrupada, presentada en un recuadro, en un lugar visible de la etiqueta, con tamaño mínimo del 25% del área disponible para impresión de la cara en donde se ubique , en caracteres legibles y en color contrastante con el fondo y se declara las unidades correspondientes a cada nutriente. (Art. 27 Res. 810 de 2021). | X | NC | NA | Area total 450cm² Area tabla 112cm 25% = 112cm. |
| 2.3 | La declaración de los nutrientes se hace por 100 g/100 ml del alimento y por porción. La tabla nutricional contiene todos los nutrientes de declaración obligatoria (Art. 10 y Art. 28 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 2.4 | Los datos nutricionales aparecen en el siguiente orden: calorías, grasa total, grasa saturada, grasa trans, carbohidratos, fibra dietaria, azúcares totales, azúcares añadidos, proteína, sodio. Para vitaminas y minerales de obligatoria declaración, el orden será: Vitamina A, Vitamina D, Hierro, Calcio y Zinc. El tipo de formato es acorde con el área de impresión disponible en la etiqueta (Art. 28, Art. 29 y Art. 30 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | Formato vertical estandar. |
| 2.5 | Los nutrientes de declaración obligatoria y opcionales se expresan en unidades, abreviaturas y aproximaciones permitidas. (Tabla 3. Art. 10, Tabla 7. Artículo 14, Tabla 1 Artículo 9; Tabla 5 y 6. Art.12. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 2.6 | El número de porciones por empaque esta declarado en la cara principal de exhibición de la etiqueta, junto al contenido neto del alimento. (Art. 10, Art.12 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | 64 Porciones Aprox. |
| 3 | **ETIQUETADO FRONTAL DE ADVERTENCIA** | C | NC | NA | Observaciones |
| 3.1 | Teniendo en cuenta los valores de los nutrientes adicionados expresados en 100 g o 100 ml del producto alimenticio procesado o ultra procesado, son iguales o supera el valor según establecido en la tabla 17. De requerirse, son declarados los sellos correspondientes. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | Grasa Total: 18g = 33,49 Kcal<br>Grasa S.: 5.39 = 22,19<br>Azu- T.: 18g = 22,33<br>Azu AD.: 215<br>Sodio 500mg = 20,93 |
| 3.2 | El o los sellos de advertencia se encuentran ubicados en la cara principal de exhibición de la etiqueta (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | |
| 3.3 | El Sello frontal de advertencia tiene la forma octagonal de fondo color negro y borde blanco y en su interior el texto "EXCESO EN", seguido de "GRASAS SATURADAS" o "GRASAS TRANS ", "SODIO", "AZUCARES" o "CONTIENE EDULCORANTES" de manera individual o con 2, 3 , 4 o 5 sellos (según corresponda). Las letras están en mayúscula y de color blanco, letra tipo ARIAL BOLD e incluye en letras blancas la palabra "MINSALUD" (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | |
| 3.4 | Los sellos de advertencia se ubican en el tercio superior derecho de la cara frontal o cara principal de exhibición de la etiqueta. Si el envase es cilíndrico o cónico los sellos se ubican en el tercio superior central. En caso de declarar dos o más sellos con el descriptor "EXCESO EN" siguen el orden y distribución: Sodio, Azúcares, Grasas Saturadas, Grasa Trans y Edulcorantes. (Art.1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | |
| 3.5 | Las dimensiones de los sellos están acorde al área de la cara principal de exhibición. (Art.1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | 3 sellos 1.5cm por lado Exceso Sodio Azucares Grasas |
| 3.6 | El sello o los sellos de advertencia está(n) fijado(s) de modo indeleble y de forma segura mediante adhesión, impresión, cosido gofrado, serigrafía, termo fijación u otros medios análogos, de tal forma que se garantice que no se desprenda del producto en las condiciones de uso, conservación, transporte y permanezca adherido hasta el momento de su comercialización y vida útil. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | X | NC | NA | |
| 4 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES NUTRICIONALES** | C | NC | NA | Observaciones |
| 4.1 | Si el producto declara propiedades nutricionales, no debe tener uno o mas sellos frontales de advertencia | C | NC | NA | |
| 4.2 | La declaración de nutrientes es acorde con:<br>1. Los valores diarios de referencia definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021.<br>**NOTA:** En caso que el producto realice declaracion de nutrientes que no estén definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento.<br>2. El tamaño de la letra de las declaraciones no excede mas de dos veces el tamaño del nombre del alimento. | C | NC | NA | |

| | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTENIDO DE NUTRIENTES** | | | | | |
| 4.3 | Si el alimento cuenta con la declaración "Excelente fuente" o el sinónimo "rico en" aplica para los nutrientes: proteína, vitaminas y minerales, fibra, ácidos grasos omega 3, grasas monoinsaturadas, grasas poliinsaturadas y grasas insaturadas. En caso que se declare "excelente fuente" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "excelente fuente de vitaminas y/o minerales. (Tabla 11. Art.19 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.4 | Los alimentos que cumplan con el descriptor "buena fuente", también podrán utilizar: "proporciona", "fuente", "contiene" o "con". Si el alimento naturalmente tiene algún nutriente en una cantidad suficiente para declarar el descriptor "buena fuente", podrá utilizar el término "naturalmente con". Si el alimento cumple con el descriptor "buena fuente de" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "buena fuente de vitaminas y/o minerales . (Tabla 12. Art. 19 Res.810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.5 | La declaración "libre de" o sus sinónimos: "no contiene", "no tiene", "Cero" (o su expresión numérica), "exento de" o "fuente no significativa de", "sin" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente especifico (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, ácidos grasos trans, azucares totales, colesterol, sodio). En el caso de que sea "libre" por naturaleza, se da a entender que es cualidad natural del alimento (Tabla 13. Art. 19. Res. 810 de 2021). | C | NC | NA | |
| 4.6 | La declaración "bajo en", también se podrá utilizar: "poco", "pocas", "baja fuente de" o "contiene una pequeña cantidad de", "bajo aporte" y "bajo contenido" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente especifico. (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, colesterol, sodio). (Tabla 14. Art. 19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.7 | Las declaraciones: "muy bajo en" solo aplica para sodio (máx 40 mg/100 g), "magro" y "extra magro" aplica para carnes y pescado, "magro" podrá ser usado en queso según Res. 2310 de 1986 y Res. 1804 de 1989. (Art.19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.8 | La declaración de "fortificado" aplica para vitaminas y minerales indicados en Tabla 15. (Art. 19. Res. 810 de 2021), y da cumplimiento a: no tiene sellos de advertencia, la fortificación está permitida en la autorización de comercialización, el micronutriente está declarado en la tabla nutricional. | C | NC | NA | |
| **COMPARACIÓN DE NUTRIENTES** | | | | | |
| 4.9 | La declaración "Reducido en"o sus sinónimos:" menos" o "más bajo en", "ligero", "liviano", "menor", "menor que", aplica a reducción de nutrientes comparados en versiones diferentes de un mismo alimento o alimentos similares. La diferencia se expresa en porcentaje, fracción o cantidad absoluta. Estas declaraciones aplican para: calorías, grasas, grasas saturada, azúcares, sodio, colesterol y el término "light" únicamente puede usarse para reducido en calorías. (Tabla 16. Art. 21 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| **NO ADICIÓN** | | | | | |
| 4.10 | La declaración "sin azúcares añadidos", "sin azúcares agregados", "sin azúcares adicionados", da cumplimiento al numeral 22.1 del Art.22 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |
| 4.11 | La declaración "sin sal/sodio añadido" cumple con el requisito de "bajo en sodio", (Numeral 22.2 Art. 22 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 5 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES DE SALUD** | C | NC | NA | **Observaciones** |
| 5.1 | Las declaraciones de salud: 1. No sugieren que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria, ni que los alimentos comunes no suministran suficientes nutrientes. 2. No promueve el consumo excesivo de cualquier alimento. 3. No genera dudas sobre inocuidad y calidad de alimentos similares. 4. No tiene sellos de advertencia. 5. No cuantifica el grado de reducción de riesgo de enfermedades. 6. No implica propiedades curativas, medicinales ni terapéuticas. 7. No se describe ni se presenta con términos relacionados a salud, saludable, etc. 8. No usa términos relacionados a que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria. (Art. 4. Res 2492 de 2022) **NOTA:** En caso que el producto declare propiedades en salud que no estén definidas en la Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento. | C | NC | NA | |
| 6 | **SELLO POSITIVO** | C | NC | NA | **Observaciones** |
| 6.1 | Para sello positivo el alimento debe tener bajos contenidos de nutrientes de interés en salud publica en 100 g ó 100 ml dando cumplimiento a: Sal/Sodio (mg): ≤ 80 mg (sólidos) / ≤ 60 g (líquidos) Azúcares Añadidos(g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 1,0 g (líquidos) Grasas Saturadas (g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 2,0 g (líquidos) y que no usan edulcorantes en su formulación (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.2 | En la lista de ingredientes, no es su primer ingrediente: la sal/sodio o aditivos con sodio, azúcares añadidos, grasas (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.3 | El sello positivo se presenta en forma de visto bueno y cumple con los requisitos de color, dimensiones y ubicación (parte inferior izquierda de la cara frontal de la etiqueta) establecidos en el Art. 33 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |

**Observaciones:**

**FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Libia Esperanza Sosa Camelo |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 21153341 |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Juan Carlos Bustos |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 80218150 |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-179 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión:02 |
| | REGISTRO FOTOGRAFICO | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROFESIONAL** | **LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO** | | |
| **ACTIVIDAD** | **I.V.C PREPRACION DE ALIMENTOS: GRAN ESTACION** | | |
| **MUNICIPIO** | **VIANI** | **FECHA:** | **17/02/2026** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **SE OBSERVA FALTA LIMPIEZA CONGELADOR DE ALMACENAMIENTO DE POLLO** | **SE OBSERVA ALIMENTOS EN CONTACTO DIRECTO CON EL PISO** |
|  |  |
| **SE OBSERVA ALIMENTOS MAL ALMACENADOS EN ENEVERA CARNES** | **SE OBSERVA ALIMENTOS MAL ALMACENADOS EN CONGELADOR DE VERDURAS** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-080 |
|---|---|---|
| | ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA EXPENDIOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS | Versión: 03 |
| | | Fecha de Aprobación: 7 oct 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

CIUDAD: Viani | FECHA: 9-02-2026 | ACTA N°: 25867-0001-26

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Expendio [X] | Expendio con operaciones de porcionado, troceado, acondicionamiento [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SAN JUAN DE RIO SECO

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | Maria Aurora Florez |
| *CÉDULA / NIT | 20904332 |
| *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN | 25867 20904332 |
| *NOMBRE COMERCIAL | Salsamentaria Vianicense |
| *DIRECCIÓN | CL 4 # 6-43 |
| MATRICULA MERCANTIL | 176938 |
| *DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| *MUNICIPIO | Viani |
| Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ] Otro [ ] Cuál: | Centro |
| TELÉFONOS | 3133935608 |
| FAX | — |
| CORREO ELECTRÓNICO | salsamentariaviani2@gmail.com |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO | Maria Aurora Florez / Marluz Robayo |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 20904332 |
| *NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL | Maria Aurora Florez / Marluz Robayo |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 20904332 |
| *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN | Cl. 4 # 6-43 centro |
| *DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| *MUNICIPIO | Viani |
| *HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | 8:30am a 8:30pm D-D |
| *NÚMERO DE TRABAJADORES | 2 |

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 4-08-2025 | | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 68,25 % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | FAVORABLE | | | |
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X | | |
| | | DESFAVORABLE | | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | SOLICITUD DEL INTERESADO | | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRACTICA 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 |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de 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 PROCESO

| 1 | EDIFICACION E INSTALACIONES | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | **Localización y construcción.** *(Resolución 2674/2013, Art. 6, Numeral 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,4 , 2.6 y 2,7. Art. 31 Numeral 1; 2.)* | X 2 | 1 | 0 | — | C |
| 1.2 | **Condiciones de pisos, paredes y drenajes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1: 1.1, 1.2, 1.4. Numeral 2: 2.1; 2,2; Art. 31 Numeral 1, 2.)* | 1,5 | X 1,5 | 0 | se observan paredes material no sanitario area de expendio y bodega. | C |
| 1.3 | **Techos, puertas, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Art. 31 Numeral 1, 2.)* | 1,5 | X 1,5 | 0 | se observa techos material no sanitario areas del establecimiento | C |
| 1.4 | **Instalaciones sanitarias.** *( Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Art. 31 Numeral 1, 2.)* | 3 | X | 0 | se observa baño con paredes en deterioro. no cuenta con puerta | C |
| 1.5. | **Áreas de exhibición y venta** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 6. Numeral 2.3; 2.5. Art. 31 Numeral 1; 2.)* | X 2 | 1 | 0 | — | |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 7 | La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta | |

| 2 | EQUIPOS Y UTENSILIOS | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | **Capacidad, diseño y funcionamiento de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 8, Art. 10 Numeral 2,3. Art. 18 numeral 3,1, 3,2 y 3.3. Art 31 Numeral 1; 2; 3.)* | 6 | X | 0 | se observo estanteria con deterioro area de bodega C |
| 2.2 | **Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)* | X | 3 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 9 | 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 aparente . (signos/lesiones)** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 2, 5. Artículo 14, Numeral 12.)* | X | 3 | 0 | C |
| 3.2 | **Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | X | 1,5 | 0 | C |
| 3.3 | **Prácticas higiénicas y dotación** *(Resolución 2674 de 2013 Art 14 Numeral 1, 2,4, 5, 6, 7, 8, 9, 11. Artículo 31 numeral 4 , artículo 35 numeral 5.)* | X | 3 | 0 | C |
| 3.4 | **Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)* | X | 2,5 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 20 | La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta |

| 4 | SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 4,1 | **Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 92. Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)* | 5 | X | 0 | No lleva registros del lavado y desinfeccion del tanque de reserva de agua C |
| 4,2 | **Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4.)* | X | 1,25 | 0 | |
| 4,3 | **Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3)* | 2,5 | X | 0 | No se observa area especifica para el almacenamiento de los residuos |
| 4.4 | **Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)* | X | | | C |
| 4.5 | **Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1.)* | 6 | X | 0 | se evidencia poca limpieza en estanteria de bodega C |
| 4.6 | **Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)* | 4 | 2 | X | No Presenta soportes del plan de saneamiento por escrito C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 17.25 | La calificación del bloque corresponde al 28% del total del acta |

| 5 | ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 5.1 | **Condiciones de almacenamiento** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 1, 2, 3, 4, 6, 7; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4.)* | 8 | X | 0 | se evidencia mal almacenamiento congelador de verduras area de bodega |
| 5.2 | **Manejo y conservación de productos refrigerados o congelados.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Decreto 2278 de 1982, Art. Art. 359, 360, 361. Decreto 561 de 1984, Art. 31, 32, 33, 34, 35, 36, 90, 100, 101, 102 y 103. Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 2; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 4.)* | X | 4,5 | 0 | NA C |
| 5.3 | **Manejo de productos que se expenden a temperatura ambiente.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 3, 4; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 6.)* | X | 4 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 21 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-080 |
|---|---|---|
| | ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA EXPENDIOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS | Versión: 03<br>Fecha de Aprobación: 7 oct 2024 |

| 6 | REQUISITOS LEGALES | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 6.1 | **Procedencia y requisitos legales** *(Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 1686 de 2012 Art 46; 47; 49; 50. Resolución 2674 de 2013 Art. 31 parágrafo 2. Art. 37. Resolución 5109 de 2005; )* | 5 X | 2,5 | 0 | |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 5 | La calificación del bloque corresponde al 5% del total del acta |

## II. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| 79.25% | FAVORABLE | 90-100% |
| | X FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 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 | 0 |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | 0 |

## 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 X | Cuál:

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se socializa y se deja copia del acta firmada. Representante legal Mary Luz Robayo Florez

**Por parte del establecimiento:**

Ninguna

## VII. NOTIFICACION 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 9 del mes de Enero del año 2026 en la Ciudad de Ubaté.

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

| POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia esperanza sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO: Ingeniera de alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -SAN JUAN DE RIO SECO | INSTITUCIÓN: |

| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Nilson Castro | NOMBRE: |
| CÉDULA: 1070920284 | CÉDULA: |
| CARGO: Administrador. | CARGO: |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 25 8670002-26

**Ciudad y Fecha:** Vicni 9. febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** Salsamentaria Vonicars

**Dirección:** Cl. 4. # 6-43 **Teléfono:** 3133935608

**Nombre del Producto:** Salchicha tradicional

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Salchicha tradicional. 1029r |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por alimentos carnicos SA-S N. Cl. 17 # 129-11. Bogotá Zenu SAS |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 055599600651 2979. B. 1038 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 11 MAR- 2026 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | RSA 0007376- 2025 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Wilson Castro

Firma

Documento de identidad: 1070920284

Cargo Administrador

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 258670003-26

**Ciudad y Fecha:** Viani 9- febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** Salsamentaria Vianceñs

**Dirección:** Cl. 4 # 6-43 **Teléfono:** 3133935603

**Nombre del Producto:** Pan blanco

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Pan blanco 350 gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por bimbo colombia S. A Cl. 22 N. 68-97 Zona industrial |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L. 01623 01 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 24 feb- 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | NSA 00 10803-2021 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Nilson Costo

Firma

Documento de identidad: 1070920284

Cargo Administrador.

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 25867000 04 - 26

**Ciudad y Fecha:** Ubaní 9 febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** Salsamentaria Uvicense

**Dirección:** Cl. 4 # 6-43 **Teléfono:** 3133935608

**Nombre del Producto:** Harina de trigo tradicional

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Harina de trigo tradicional 500 gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Producido y empacado por harinera indo con SAS cra 22 N. 14-12 Bogotá |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | Lote 23-10/25 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 23-OCT. 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | PSA. 000 5875-2025 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | | | X | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Nilson Castro

Firma

Documento de identidad: 1070920284

Cargo Administrador.

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 258670005-26

**Ciudad y Fecha:** Viani 9-febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** Salsamentaria Vanicens

**Dirección:** cl 4 H 6-43 **Teléfono:** 3133935608

**Nombre del Producto:** leche ultra alta temperatura larga vida

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | leche entera larga vida 500ml |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por Productos alimenticios el recreo SA-S 4-34 H 29-08 Zipaquira |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 322 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | vence<br>7 MAR 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | RSA.0011320-2021 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Nilson Costa

Firma

Documento de identidad: 1070920284

Cargo Administrador

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO**

CIUDAD: Ulani | FECHA: 9- febrero 26 | ACTA N°: 25867000 27

RAZÓN SOCIAL: Nana Aurora Florez

*CÉDULA / NIT: 20904332

*NOMBRE COMERCIAL: Salsamentaria Ulanicers

*DIRECCIÓN: Cl 4 # 6-43

**DATOS DEL PRODUCTO**

**Nombre:** Chocolate de mesa con azucar

| Autorización de Comercialización: (Marque solo una opción según corresponda) | | Presentación Comercial: (Contenido neto) |
|---|---|---|
| | Registro Sanitario No.: | 450gr |
| | Permiso Sanitario No.: | |
| X | Notificación Sanitaria No.: NSA 0013909- 2023 | |
| | No Requiere | |

**ASPECTOS A VERIFICAR**

**Res. 810 de 2021, Res. 2492 de 2022 y Res. 254 de 2023 y las demás normas que la complementen, modifiquen o sustituyan**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Cumple (C); No Cumple (NC); No Aplica (NA)

**TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL Y NÚMERO DE PORCIONES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **REQUISITOS GENERALES** | C | NC | NA | **Observaciones** |
| 1.1 | La información no describe o presenta el alimento de forma falsa, equívoca o engañosa o susceptible de crear en modo alguno una impresión errónea respecto de su contenido nutricional, propiedades nutricionales y de salud, que indiquen, representen, sugieran o impliquen que el alimento es útil, adecuado o efectivo para aliviar, tratar o curar cualquier enfermedad o trastorno fisiológico. (Art. 5, Art. 6 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 2 | **ESPECIFICACIONES DE TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL** | C | NC | NA | **Observaciones** |
| 2.1 | El título de la Tabla de Información Nutricional se declara como "Información Nutricional" o "Datos de Nutrición" o "Información Nutrimental" utilizando el tipo letra Arial o Helvética, en un tamaño mínimo de 10 puntos. Los títulos y los nombres de datos nutricionales: calorías, grasa saturada, grasas trans, azúcares añadidos y sodio, aparecen en negrilla y tamaño de letra 1.3 veces más grande para distinguirlos de los demás nutrientes y en idioma español. (Art. 28 Res. 810 de 2021). | C | NC | NA | Informacion nutricional |
| 2.2 | La información nutricional deberá aparecer agrupada, presentada en un recuadro, en un lugar visible de la etiqueta, con tamaño mínimo del 25% del área disponible para impresión de la cara en donde se ubique , en caracteres legibles y en color contrastante con el fondo y se declara las unidades correspondientes a cada nutriente. (Art. 27 Res. 810 de 2021). | C | NC | NA | Area total 348<br>Area tabla 28cm |
| 2.3 | La declaración de los nutrientes se hace por 100 g/100 ml del alimento y por porción. La tabla nutricional contiene todos los nutrientes de declaración obligatoria (Art. 10 y Art. 28 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 2.4 | Los datos nutricionales aparecen en el siguiente orden: calorías, grasa total, grasa saturada, grasa trans, carbohidratos, fibra dietaria, azúcares totales, azúcares añadidos, proteína, sodio. Para vitaminas y minerales de obligatoria declaración, el orden será: Vitamina A, Vitamina D, Hierro, Calcio y Zinc. El tipo de formato es acorde con el área de impresión disponible en la etiqueta (Art. 28, Art. 29 y Art. 30 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | Formato tabular |
| 2.5 | Los nutrientes de declaración obligatoria y opcionales se expresan en unidades, abreviaturas y aproximaciones permitidas. (Tabla 3. Art. 10, Tabla 7. Artículo 14, Tabla 1 Artículo 9; Tabla 5 y 6. Art.12. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 2.6 | El número de porciones por empaque esta declarado en la cara principal de exhibición de la etiqueta, junto al contenido neto del alimento. (Art. 10, Art.12 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | 27 porciones |
| 3 | **ETIQUETADO FRONTAL DE ADVERTENCIA** | C | NC | NA | **Observaciones** |
| 3.1 | Teniendo en cuenta los valores de los nutrientes adicionados expresados en 100 g o 100 ml del producto alimenticio procesado o ultra procesado, son iguales o supera el valor según establecido en la tabla 17. De requerirse, son declarados los sellos correspondientes. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | Grasas 0.89gr = 11,61<br>AZU T = 10 91 = 64,62<br>AZ AÑ 4.59 = 29,03<br>Sodio 42mg 6,10<br>Kcal 62 |
| 3.2 | El o los sellos de advertencia se encuentran ubicados en la cara principal de exhibición de la etiqueta (Art. 1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | |
| 3.3 | El Sello frontal de advertencia tiene la forma octagonal de fondo color negro y borde blanco y en su interior el texto "EXCESO EN", seguido de "GRASAS SATURADAS" o "GRASAS TRANS ", "SODIO", "AZUCARES" o "CONTIENE EDULCORANTES" de manera individual o con 2, 3 , 4 o 5 sellos (según corresponda). Las letras están en mayúscula y de color blanco, letra tipo ARIAL BOLD e incluye en letras blancas la palabra "MINSALUD" (Art. 1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | |
| 3.4 | Los sellos de advertencia se ubican en el tercio superior derecho de la cara frontal o cara principal de exhibición de la etiqueta. Si el envase es cilíndrico o cónico los sellos se ubican en el tercio superior central. En caso de declarar dos o más sellos con el descriptor "EXCESO EN" siguen el orden y distribución: Sodio, Azúcares, Grasas Saturadas, Grasa Trans y Edulcorantes. (Art.1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | |
| 3.5 | Las dimensiones de los sellos están acorde al área de la cara principal de exhibición. (Art.1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | 1 sello 2cm x lado Exceso de Azucares |
| 3.6 | El sello o los sellos de advertencia está(n) fijado(s) de modo indeleble y de forma segura mediante adhesión, impresión, cosido gofrado, serigrafía, termo fijación u otros medios análogos, de tal forma que se garantice que no se desprenda del producto en las condiciones de uso, conservación, transporte y permanezca adherido hasta el momento de su comercialización y vida útil. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | |
| 4 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES NUTRICIONALES** | C | NC | NA | **Observaciones** |
| 4.1 | Si el producto declara propiedades nutricionales, no debe tener uno o mas sellos frontales de advertencia | C | NC | NA | |
| 4.2 | La declaración de nutrientes es acorde con:<br>1. Los valores diarios de referencia definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021.<br>**NOTA:** En caso que el producto realice declaracion de nutrientes que no estén definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento.<br>2. El tamaño de la letra de las declaraciones no excede mas de dos veces el tamaño del nombre del alimento. | C | NC | NA | |

| | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

**CONTENIDO DE NUTRIENTES**

| | | C | NC | NA | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.3 | Si el alimento cuenta con la declaración "Excelente fuente" o el sinónimo "rico en" aplica para los nutrientes: proteína, vitaminas y minerales, fibra, ácidos grasos omega 3, grasas monoinsaturadas, grasas poliinsaturadas y grasas insaturadas. En caso que se declare "excelente fuente" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "excelente fuente de vitaminas y/o minerales. (Tabla 11. Art.19 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.4 | Los alimentos que cumplan con el descriptor "buena fuente", también podrán utilizar: "proporciona", "fuente", "contiene" o "con". Si el alimento naturalmente tiene algún nutriente en una cantidad suficiente para declarar el descriptor "buena fuente", podrá utilizar el término "naturalmente con". Si el alimento cumple con el descriptor "buena fuente de" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "buena fuente de vitaminas y/o minerales . (Tabla 12. Art. 19 Res.810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.5 | La declaración "libre de" o sus sinónimos: "no contiene", "no tiene", "Cero" (o su expresión numérica), "exento de" o "fuente no significativa de", "sin" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, ácidos grasos trans, azucares totales, colesterol, sodio). En el caso de que sea "libre" por naturaleza, se da a entender que es cualidad natural del alimento (Tabla 13. Art. 19. Res. 810 de 2021). | C | NC | NA | |
| 4.6 | La declaración "bajo en", también se podrá utilizar: "poco", "pocas", "baja fuente de" o "contiene una pequeña cantidad de", "bajo aporte" y "bajo contenido" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente especifico. (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, colesterol, sodio). (Tabla 14. Art. 19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.7 | Las declaraciones: "muy bajo en" solo aplica para sodio (máx 40 mg/100 g), "magro" y "extra magro" aplica para carnes y pescado, "magro" podrá ser usado en queso según Res. 2310 de 1986 y Res. 1804 de 1989. (Art.19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.8 | La declaración de "fortificado" aplica para vitaminas y minerales indicados en Tabla 15. (Art. 19. Res. 810 de 2021), y da cumplimiento a: no tiene sellos de advertencia, la fortificación está permitida en la autorización de comercialización, el micronutriente está declarado en la tabla nutricional. | C | NC | NA | |

**COMPARACIÓN DE NUTRIENTES**

| | | C | NC | NA | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.9 | La declaración "Reducido en"o sus sinónimos:" menos" o "más bajo en", "ligero", "liviano", "menor", "menor que", aplica a reducción de nutrientes comparados en versiones diferentes de un mismo alimento o alimentos similares. La diferencia se expresa en porcentaje, fracción o cantidad absoluta. Estas declaraciones aplican para: calorías, grasas, grasas saturada, azúcares, sodio, colesterol y el término "light" únicamente puede usarse para reducido en calorías. (Tabla 16. Art. 21 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |

**NO ADICIÓN**

| | | C | NC | NA | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.10 | La declaración "sin azúcares añadidos", "sin azúcares agregados", "sin azúcares adicionados", da cumplimiento al numeral 22.1 del Art.22 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |
| 4.11 | La declaración "sin sal/sodio añadido" cumple con el requisito de "bajo en sodio", (Numeral 22.2 Art. 22 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |

| 5 | DECLARACIONES DE PROPIEDADES DE SALUD | C | NC | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 5.1 | Las declaraciones de salud: 1. No sugieren que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria, ni que los alimentos comunes no suministran suficientes nutrientes. 2. No promueve el consumo excesivo de cualquier alimento. 3. No genera dudas sobre inocuidad y calidad de alimentos similares. 4. No tiene sellos de advertencia. 5. No cuantifica el grado de reducción de riesgo de enfermedades. 6. No implica propiedades curativas, medicinales ni terapéuticas. 7. No se describe ni se presenta con términos relacionados a salud, saludable, etc. 8. No usa términos relacionados a que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria. (Art. 4. Res 2492 de 2022) **NOTA:** En caso que el producto declare propiedades en salud que no estén definidas en la Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento. | C | NC | NA | |

| 6 | SELLO POSITIVO | C | NC | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 6.1 | Para sello positivo el alimento debe tener bajos contenidos de nutrientes de interés en salud publica en 100 g ó 100 ml dando cumplimiento a: Sal/Sodio (mg): ≤ 80 mg (sólidos) / ≤ 60 g (liquidos) Azúcares Añadidos(g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 1,0 g (liquidos) Grasas Saturadas (g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 2,0 g (liquidos) y que no usan edulcorantes en su formulación (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.2 | En la lista de ingredientes, no es su primer ingrediente: la sal/sodio o aditivos con sodio, azúcares añadidos, grasas (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.3 | El sello positivo se presenta en forma de visto bueno y cumple con los requisitos de color, dimensiones y ubicación (parte inferior izquierda de la cara frontal de la etiqueta) establecidos en el Art. 33 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |

Observaciones:

**FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Libia Esperanza Sosa Camelo |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 21153341 |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Nilson Castro |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 1070920284 |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-179 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión:02 |
| | REGISTRO FOTOGRAFICO | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROFESIONAL** | **LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO** | | |
| **ACTIVIDAD** | **I.V.C EXPENDIO DE ALIMENTOS: SALSAMENTARIA VIANICEÑA** | | |
| **MUNICIPIO** | **VIANI** | **FECHA:** | **09/02/2026** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **SE OBSERVA PISOS FALTA LIMPIEZA AREA DE BODEGA** | **SE OBSERVA CONTAMINACION CRUZADA CONGELADOR** |
|  |  |
| **SE EVIDENCIA MAL ALMACENAMIENTO EN CONGELADOR DE PULPAS DE FRUTA** | **SE OBSERVA PARED CON SUCIEDAD AREA DE EXPENDIOS** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-113 |
|---|---|---|
| | | Versión: 04 |
| | Formulario de Inscripción Sanitaria para Sujetos o Establecimientos con Actividades de Almacenamiento, Expendio, Preparación y Consumo de Alimentos y Bebidas | Fecha de Aprobación: 2 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA | MUNICIPIO | Uni | FECHA | 9-02-2026 |
| CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO | 25 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO | 867 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN | 25867720905589 |

**IDENTIFICACION DEL SUJETO**
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

**PERSONA JURÍDICA**

RAZÓN SOCIAL —

NOMBRE COMERCIAL —

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT — Número de Identificación Tributaria —

**PERSONA NATURAL**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: Supermercado el Progreso de Uni

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: Harlene Molina Vargas

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [X] C.E. [ ] Número de documento: 20905589

**IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO**
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: KR 3 # 3-37 centro

Rural [ ] Urbano [X] Barrio: Centro Vereda [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: [ ]

TELÉFONO: XXXXXXXXX FAX: XXXXXXX CELULAR: 3107535225

CORREO ELECTRÓNICO: molinamarlen67@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA: KR 3 # 3-37.

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: marlenemarlen67@gmail.com Autoriza la notificación electrónica? SI [X] NO [ ]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Uni *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CUNDINAMARCA

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Preparación Alimentos | Restaurante | | Expendio Alimentos | Expendio | X | Venta Vía Pública | Puesto fijo o estacionario |
| | Cafetería | | | Productos de la pesca | | | Puesto móvil o ambulante |
| | Panadería y/o Pastelería | | Grandes Superficies | Hipermercado / Supermercado | | | Estacionario con preparación de alimentos |
| | Jugos, Frutería y/o Heladería | | Ensamble Alimentos | Ensamble menú | | | Ambulante con preparación de alimentos |
| Comedores | Programas sociales del estado | | | Ensamble refrigerio | | Expendio Bebidas Alcohólicas | |
| | Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC) | | Almacenamiento | Almacenamiento a temperatura ambiente | | Plazas de Mercado | Plaza de Mercado |
| | | | | Dador de frío | | | Central de Abasto |

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

**EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD**
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [X] NO [ ]

Fecha de última inspección: 9-02-2026 Ultimo concepto sanitario emitido: Favorable con requerimiento

Funcionario que realiza Inscripción: LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO

**OBSERVACIONES:**

**Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:**

**Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:**

**ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)**

| | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Harlene Molina Vargas | FIRMA: Harlene Molina |
| CÉDULA: 20905589 | EN CALIDAD DE: Propietaria |

**RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)**

| | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO:LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO | FIRMA: |
| CÉDULA:21153341 | EN CALIDAD DE:INGENIERA DE ALIMENTOS |

Se entrega copia al interesado.

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-080 |
|---|---|---|
| | ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA EXPENDIOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS | Versión: 03 |
| | | Fecha de Aprobación: 7 oct 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informaiivos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

CIUDAD: Viani | FECHA: 9-02-2026 | ACTA N°: 25867000 7-26

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Expendio [X] | Expendio con operaciones de porcionado, troceado, acondicionamiento [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SAN JUAN DE RIO SECO

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Marlene Molino Vargas

*CÉDULA / NIT: 20905589. | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 25867 20905589.

*NOMBRE COMERCIAL: Supermercado el progreso de Vian.

*DIRECCIÓN: Kr 3 # 3-37 centro | MATRICULA MERCANTIL: 60195

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Viani

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: Centro

TELÉFONOS: 3107835225 | FAX: ———

CORREO ELECTRÓNICO: molinomalen67@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Marlene Molino Vargas

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 20905589

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Marlene Molino Vargas

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 20905589

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Kr 3 # 3-37

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO: Viani

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7am a 8pm D-D. | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 2

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | Primera | FAVORABLE | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | Primera % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | | | |
| | | DESFAVORABLE | | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | SOLICITUD DEL INTERESADO | | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRACTICA 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 |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de 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 PROCESO

| | 1 EDIFICACION E INSTALACIONES | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | **Localización y construcción.** *(Resolución 2674/2013, Art. 6, Numeral 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,4 , 2.6 y 2,7. Art. 31 Numeral 1; 2.)* | 2 X | 1 | 0 | C |
| 1.2 | **Condiciones de pisos, paredes y drenajes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1: 1.1, 1.2, 1.4. Numeral 2: 2.1; 2,2; Art. 31 Numeral 1, 2.)* | 1,5 | 0,75 X | 0 | se observan paredes con suciedad area de frutas y verduras C |
| 1.3 | **Techos, puertas, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Art. 31 Numeral 1, 2.)* | 1,5 X | 0,75 | 0 | C |
| 1.4 | **Instalaciones sanitarias.** *( Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Art. 31 Numeral 1, 2.)* | 3 | 1,5 X | 0 | se observan paredes con deterioro C |
| 1.5. | **Áreas de exhibición y venta** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 6. Numeral 2.3; 2.5. Art. 31 Numeral 1; 2.)* | 2 X | 1 | 0 | |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 7.75 | La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta |

| 2 | EQUIPOS Y UTENSILIOS | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | **Capacidad, diseño y funcionamiento de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 8, Art. 10 Numeral 2,3. Art. 18 numeral 3,1, 3,2 y 3.3. Art 31 Numeral 1; 2; 3.)* | 6 | X 3 | 0 | se observa estantes con presencia de oxido C |
| 2.2 | **Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)* | X 6 | 3 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 9 | 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 aparente . (signos/lesiones)** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 2, 5. Artículo 14, Numeral 12.)* | X 6 | 3 | 0 | C |
| 3.2 | **Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | 3 | 1,5 | X | No presenta reconocimiento medico C |
| 3.3 | **Prácticas higiénicas y dotación** *(Resolución 2674 de 2013 Art 14 Numeral 1, 2,4, 5, 6, 7, 8, 9, 11. Articulo 31 numeral 4 , artículo 35 numeral 5.)* | 6 | X 3 | 0 | se evidencia personal con accesorios C |
| 3.4 | **Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)* | 5 | 2,5 | X | No presente plan de capacitacion C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 9 | La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta |

| 4 | SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 4,1 | **Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 92. Decreto 1575 de 2007, Articulo 10. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3. Resolución 2115 de 2007, Articulo 9.)* | 5 | X | 0 | No presentan soportes por escrito del lavado y desinfeccion del tanque de reserva C |
| 4,2 | **Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4,)* | X 2,5 | 1,25 | 0 | |
| 4,3 | **Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3)* | X 2,5 | 1,25 | 0 | |
| 4.4 | **Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)* | X 6 | | | C |
| 4.5 | **Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1.)* | 6 | X | 0 | se observa paredes con suciedad area de verduras C |
| 4.6 | **Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)* | 4 | 2 | X | No presente soportes del plan de saneamiento C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 8,5 | La calificación del bloque corresponde al 28% del total del acta |

| 5 | ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 5.1 | **Condiciones de almacenamiento** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 1, 2, 3, 4, 6, 7; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4.)* | X 8 | 4 | 0 | |
| 5.2 | **Manejo y conservación de productos refrigerados o congelados.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Decreto 2278 de 1982, Art. Art. 359, 360, 361. Decreto 561 de 1984, Art. 31, 32, 33, 34, 35, 36, 90, 100, 101, 102 y 103. Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 2; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 4.)* | X 9 | 4,5 | 0 | NA C |
| 5.3 | **Manejo de productos que se expenden a temperatura ambiente.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 3, 4; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 6.)* | X 8 | 4 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 25 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-080 |
|---|---|---|
| | ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA EXPENDIOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS | Versión: 03<br>Fecha de Aprobación: 7 oct 2024 |

| | 6 REQUISITOS LEGALES | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 6.1 | **Procedencia y requisitos legales** *(Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 1686 de 2012 Art 46; 47; 49; 50. Resolución 2674 de 2013 Art. 31 parágrafo 2. Art. 37. Resolución 5109 de 2005; )* | 5 | 2,5 | 0 | |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 5 | La calificación del bloque corresponde al 5% del total del acta |

## II. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 73.5% | | FAVORABLE | 90-100% |
| | X | 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 | 0 |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | 0 |

## 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 | Cuál: —

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se socializa y se deja copia del acta

**Por parte del establecimiento:**

## VII. NOTIFICACION 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 9 del mes de febrero del año 2026 en la Ciudad de Sian.

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

**POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA**

| | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia esperanza sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO: Ingeniera de alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -SAN JUAN DE RIO SECO | INSTITUCIÓN: |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| FIRMA: Marlene Molina | FIRMA: |
| NOMBRE: Marlene Molina | NOMBRE: |
| CÉDULA: 20905589 | CÉDULA: |
| CARGO: Propietaria. | CARGO: |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA**

**ACTA:** 25 867 0008 - 26

**Ciudad y Fecha:** Ubaní 9- Febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** supermercado el progreso de ubaní

**Dirección:** KR 3 # 3-37 **Teléfono:** 3107535225

**Nombre del Producto:** Pan Yemapan

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Pan Yemapan cont: 300 gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por alimentosmultma, glorieta cra 7 2 N- 35-65 sur Bogotá. |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | Lote 29ENE-2026 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 21 Feb 2026 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | NSA. 000892-2016 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Marlene Molina Vargas

Firma Marlene Molina

Documento de identidad: 20905589

Cargo Propietaria

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA**

**ACTA:** 25867000 9 - 26

**Ciudad y Fecha:** Ubaní 9 febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** Supermercado el Progreso de Ubaní

**Dirección:** KR 3 # 3-37 **Teléfono:** 3107535225

**Nombre del Producto:** Harina precocida de maíz blanco

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Harina de trigo precocida de maíz blanco 500gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por Soberano S.A.S Cra 57 N. 74-80 Ubaní |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 303 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 18 - DIC 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | PSA.000210-2016 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Marlene Molina

Firma Marlene Molina

Documento de identidad: 20705589

Cargo Propietaria

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA**

**ACTA:** 258670010-26

**Ciudad y Fecha:** Uni: 9 Febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** supermercado el progreso de Uni:

**Dirección:** KR 3 # 3-37 centro **Teléfono:** 3107538223

**Nombre del Producto:** Salsa de tomate ketchup

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Salsa de tomate ketchup 190gr |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Fabricado por colombina S.A Km 2 via tulua Buga. |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 2164416 5283 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 8- ene - 27 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | RSA-004030-2017 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo

Firma:

Documento de identidad: 21153341

Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Marlene Molina

Firma Marlene Molina

Documento de identidad: 20905589

Cargo Propietaria

Nombre

Firma

Documento de identidad

Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO | Fecha de Aprobación: 26- Nov- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. A s í ´ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**ANEXO ACTA DE VISITA** **ACTA:** 258670011- 26

**Ciudad y Fecha:** Uiani 9 febrero 2026

**Nombre del establecimiento:** Supermercado el Progreso de Uiani

**Dirección:** Kr 3 # 3-37 Centro **Teléfono:** 3107535225

**Nombre del Producto:** Leche entera larga vida

| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 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. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes. | X | | | — |
| 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. | X | | | — |
| El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente. | X | | | — |
| Contiene la lista de ingredientes. | X | | | — |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición. | X | | | Leche entera larga vida 450ml |
| Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por".<br>Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | Producido por Pony SAS Vereda Rincon Santo Hortino finca Alcala - Gogua |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L". | X | | | L 026 |
| Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así:<br>DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos.<br>Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses.<br>Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses.<br>No usa sticker para la presentación de esta información. | X | | | Vence 31 MAR 26 |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo. | X | | | — |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente. | X | | | RSA 0021494-2022 |
| En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente. | | | X | — |
| Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente. | X | | | — |

**FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA /. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO

Nombre: Libia Esperanza Sosa Camelo
Firma:
Documento de identidad: 21153341
Cargo: Ingeniera de Alimentos

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre Marlene Molina
Firma Marlene Molina
Documento de identidad: 20905589
Cargo Propietaria

Nombre
Firma
Documento de identidad
Cargo

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

**NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA / E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO**

CIUDAD: Viani | FECHA: 9-02-2026 | ACTA N°: 2586700012 - 26

RAZÓN SOCIAL: Marlene Molina Vargas

*CÉDULA / NIT: 20905589

*NOMBRE COMERCIAL: Supamercado el Progreso de Viani

*DIRECCIÓN: KR 3 # 3-37

**DATOS DEL PRODUCTO**

**Nombre:** chocolate de mesa con azucar

| Autorización de Comercialización: (Marque solo una opción según corresponda) | | Presentación Comercial: (Contenido neto) |
|---|---|---|
| | Registro Sanitario No.: | 500 gr |
| | Permiso Sanitario No.: | |
| X | Notificación Sanitaria No.: NSA0014122-2023 | |
| | No Requiere | |

**ASPECTOS A VERIFICAR**

**Res. 810 de 2021, Res. 2492 de 2022 y Res. 254 de 2023 y las demás normas que la complementen, modifiquen o sustituyan**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Cumple (C); No Cumple (NC); No Aplica (NA)

**TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL Y NÚMERO DE PORCIONES**

| | 1 REQUISITOS GENERALES | C | NC | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | La información no describe o presenta el alimento de forma falsa, equívoca o engañosa o susceptible de crear en modo alguno una impresión errónea respecto de su contenido nutricional, propiedades nutricionales y de salud, que indiquen, representen, sugieran o impliquen que el alimento es útil, adecuado o efectivo para aliviar, tratar o curar cualquier enfermedad o trastorno fisiológico. (Art. 5, Art. 6 Res. 810 de 2021) | C X | NC | NA | |
| | **2 ESPECIFICACIONES DE TABLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL** | **C** | **NC** | **NA** | **Observaciones** |
| 2.1 | El título de la Tabla de Información Nutricional se declara como "Información Nutricional" o "Datos de Nutrición" o "Información Nutrimental" utilizando el tipo letra Arial o Helvética, en un tamaño mínimo de 10 puntos. Los títulos y los nombres de datos nutricionales: calorías, grasa saturada, grasas trans, azúcares añadidos y sodio, aparecen en negrilla y tamaño de letra 1.3 veces más grande para distinguirlos de los demás nutrientes y en idioma español. (Art. 28 Res. 810 de 2021). | C X | NC | NA | Informacion nutricional |
| 2.2 | La información nutricional deberá aparecer agrupada, presentada en un recuadro, en un lugar visible de la etiqueta, con tamaño mínimo del 25% del área disponible para impresión de la cara en donde se ubique , en caracteres legibles y en color contrastante con el fondo y se declara las unidades correspondientes a cada nutriente. (Art. 27 Res. 810 de 2021). | C | NC | NA | Area total 220<br>Area tabla 45. 25% = 55 |
| 2.3 | La declaración de los nutrientes se hace por 100 g/100 ml del alimento y por porción. La tabla nutricional contiene todos los nutrientes de declaración obligatoria (Art. 10 y Art. 28 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 2.4 | Los datos nutricionales aparecen en el siguiente orden: calorías, grasa total, grasa saturada, grasa trans, carbohidratos, fibra dietaria, azúcares totales, azúcares añadidos, proteína, sodio. Para vitaminas y minerales de obligatoria declaración, el orden será: Vitamina A, Vitamina D, Hierro, Calcio y Zinc. El tipo de formato es acorde con el área de impresión disponible en la etiqueta (Art. 28, Art. 29 y Art. 30 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | Formato vertical estandar |
| 2.5 | Los nutrientes de declaración obligatoria y opcionales se expresan en unidades, abreviaturas y aproximaciones permitidas. (Tabla 3. Art. 10, Tabla 7. Artículo 14, Tabla 1 Artículo 9; Tabla 5 y 6. Art.12. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 2.6 | El número de porciones por empaque esta declarado en la cara principal de exhibición de la etiqueta, junto al contenido neto del alimento. (Art. 10, Art.12 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | 25 porciones |
| | **3 ETIQUETADO FRONTAL DE ADVERTENCIA** | **C** | **NC** | **NA** | **Observaciones** |
| 3.1 | Teniendo en cuenta los valores de los nutrientes adicionados expresados en 100 g o 100 ml del producto alimenticio procesado o ultra procesado, son iguales o supera el valor según establecido en la tabla 17. De requerirse, son declarados los sellos correspondientes. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | Grasas 1.0g = 19,57 kcal<br>AZU. T. 7.1g 61,74<br>AZ. AD 6.9g 60,00 46 |
| 3.2 | El o los sellos de advertencia se encuentran ubicados en la cara principal de exhibición de la etiqueta (Art. 1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | |
| 3.3 | El Sello frontal de advertencia tiene la forma octagonal de fondo color negro y borde blanco y en su interior el texto "EXCESO EN", seguido de "GRASAS SATURADAS" o "GRASAS TRANS ", "SODIO", "AZUCARES" o "CONTIENE EDULCORANTES" de manera individual o con 2, 3 , 4 o 5 sellos (según corresponda). Las letras están en mayúscula y de color blanco, letra tipo ARIAL BOLD e incluye en letras blancas la palabra "MINSALUD" (Art. 1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | |
| 3.4 | Los sellos de advertencia se ubican en el tercio superior derecho de la cara frontal o cara principal de exhibición de la etiqueta. Si el envase es cilíndrico o cónico los sellos se ubican en el tercio superior central. En caso de declarar dos o más sellos con el descriptor "EXCESO EN" siguen el orden y distribución: Sodio, Azúcares, Grasas Saturadas, Grasa Trans y Edulcorantes. (Art.1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | |
| 3.5 | Las dimensiones de los sellos están acorde al área de la cara principal de exhibición. (Art.1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | 1 sello 2cm x bdo exceso en azucares |
| 3.6 | El sello o los sellos de advertencia está(n) fijado(s) de modo indeleble y de forma segura mediante adhesión, impresión, cosido, gofrado, serigrafía, termo fijación u otros medios análogos, de tal forma que se garantice que no se desprenda del producto en las condiciones de uso, conservación, transporte y permanezca adherido hasta el momento de su comercialización y vida útil. (Art. 1 Res. 254 de 2023) | C | NC | NA | |
| | **4 DECLARACIONES DE PROPIEDADES NUTRICIONALES** | **C** | **NC** | **NA** | **Observaciones** |
| 4.1 | Si el producto declara propiedades nutricionales, no debe tener uno o mas sellos frontales de advertencia | C | NC | NA | |
| 4.2 | La declaración de nutrientes es acorde con:<br>1. Los valores diarios de referencia definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021.<br>**NOTA:** En caso que el producto realice declaracion de nutrientes que no estén definidos en la Tabla 9 y 10 Art. 15 Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento.<br>2. El tamaño de la letra de las declaraciones no excede mas de dos veces el tamaño del nombre del alimento. | C | NC | NA | |

| | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-180 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 02 |
| | VERIFICACION DE ROTULADO NUTRICIONAL | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTENIDO DE NUTRIENTES** | | | | | |
| 4.3 | Si el alimento cuenta con la declaración "Excelente fuente" o el sinónimo "rico en" aplica para los nutrientes: proteína, vitaminas y minerales, fibra, ácidos grasos omega 3, grasas monoinsaturadas, grasas poliinsaturadas y grasas insaturadas. En caso que se declare "excelente fuente" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "excelente fuente de vitaminas y/o minerales. (Tabla 11. Art.19 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.4 | Los alimentos que cumplan con el descriptor "buena fuente", también podrán utilizar: "proporciona", "fuente", "contiene" o "con". Si el alimento naturalmente tiene algún nutriente en una cantidad suficiente para declarar el descriptor "buena fuente", podrá utilizar el término "naturalmente con". Si el alimento cumple con el descriptor "buena fuente de" para 3 o más vitaminas y/o minerales podrá utilizar el descriptor "buena fuente de vitaminas y/o minerales . (Tabla 12. Art. 19 Res.810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.5 | La declaración "libre de" o sus sinónimos: "no contiene", "no tiene", "Cero" (o su expresión numérica), "exento de" o "fuente no significativa de", "sin" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, ácidos grasos trans, azucares totales, colesterol, sodio). En el caso de que sea "libre" por naturaleza, se da a entender que es cualidad natural del alimento (Tabla 13. Art. 19. Res. 810 de 2021). | C | NC | NA | |
| 4.6 | La declaración "bajo en", también se podrá utilizar: "poco", "pocas", "baja fuente de" o "contiene una pequeña cantidad de", "bajo aporte" y "bajo contenido" cuando el alimento ha sido procesado, modificado o formulado con el fin de disminuir ese nutriente específico. (aplica para los nutrientes: calorías, grasa, grasa saturada, colesterol, sodio). (Tabla 14. Art. 19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.7 | Las declaraciones: "muy bajo en" solo aplica para sodio (máx 40 mg/100 g), "magro" y "extra magro" aplica para carnes y pescado, "magro" podrá ser usado en queso según Res. 2310 de 1986 y Res. 1804 de 1989. (Art.19. Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 4.8 | La declaración de "fortificado" aplica para vitaminas y minerales indicados en Tabla 15. (Art. 19. Res. 810 de 2021), y da cumplimiento a: no tiene sellos de advertencia, la fortificación está permitida en la autorización de comercialización, el micronutriente está declarado en la tabla nutricional. | C | NC | NA | |
| **COMPARACIÓN DE NUTRIENTES** | | | | | |
| 4.9 | La declaración "Reducido en"o sus sinónimos:" menos" o "más bajo en", "ligero", "liviano", "menor", "menor que", aplica a reducción de nutrientes comparados en versiones diferentes de un mismo alimento o alimentos similares. La diferencia se expresa en porcentaje, fracción o cantidad absoluta. Estas declaraciones aplican para: calorías, grasas, grasas saturada, azúcares, sodio, colesterol y el término "light" únicamente puede usarse para reducido en calorías. (Tabla 16. Art. 21 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| **NO ADICIÓN** | | | | | |
| 4.10 | La declaración "sin azúcares añadidos", "sin azúcares agregados", "sin azúcares adicionados", da cumplimiento al numeral 22.1 del Art.22 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |
| 4.11 | La declaración "sin sal/sodio añadido" cumple con el requisito de "bajo en sodio", (Numeral 22.2 Art. 22 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 5 | **DECLARACIONES DE PROPIEDADES DE SALUD** | C | NC | NA | **Observaciones** |
| 5.1 | Las declaraciones de salud: 1. No sugieren que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria, ni que los alimentos comunes no suministran suficientes nutrientes. 2. No promueve el consumo excesivo de cualquier alimento. 3. No genera dudas sobre inocuidad y calidad de alimentos similares. 4. No tiene sellos de advertencia. 5. No cuantifica el grado de reducción de riesgo de enfermedades. 6. No implica propiedades curativas, medicinales ni terapéuticas. 7. No se describe ni se presenta con términos relacionados a salud, saludable, etc. 8. No usa términos relacionados a que el alimento por si solo es suficiente para la alimentación diaria. (Art. 4. Res 2492 de 2022) **NOTA:** En caso que el producto declare propiedades en salud que no estén definidas en la Res. 810 de 2021, debe remitirse al Invima-Dirección de Alimentos y Bebidas para que allí determinen el cumplimiento. | C | NC | NA | |
| 6 | **SELLO POSITIVO** | C | NC | NA | **Observaciones** |
| 6.1 | Para sello positivo el alimento debe tener bajos contenidos de nutrientes de interés en salud publica en 100 g ó 100 ml dando cumplimiento a: Sal/Sodio (mg): ≤ 80 mg (sólidos) / ≤ 60 g (líquidos) Azúcares Añadidos(g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 1,0 g (líquidos) Grasas Saturadas (g): ≤ 2,0 g (sólidos) / ≤ 2,0 g (líquidos) y que no usan edulcorantes en su formulación (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.2 | En la lista de ingredientes, no es su primer ingrediente: la sal/sodio o aditivos con sodio, azúcares añadidos, grasas (Art. 33 Res. 810 de 2021) | C | NC | NA | |
| 6.3 | El sello positivo se presenta en forma de visto bueno y cumple con los requisitos de color, dimensiones y ubicación (parte inferior izquierda de la cara frontal de la etiqueta) establecidos en el Art. 33 de la Res. 810 de 2021. | C | NC | NA | |

**Observaciones:**

**FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Libia Esperanza Sosa Camelo |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 21153341 |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Marlene Molina Vargas |
| **Tipo de documento:** | Cédula |
| **Número de documento:** | 20905589 |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código:M-PDS-GSP-VSP-FR-179 |
| | GESTION DE LA SALUD PÚBLICA | Versión:02 |
| | REGISTRO FOTOGRAFICO | Fecha de aprobación: 3 Dic- 2024 |

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROFESIONAL** | **LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO** | | |
| **ACTIVIDAD** | **I.V.C EXPENDIO DE ALIMENTOS: EL PROGRESO** | | |
| **MUNICIPIO** | **VIANI** | **FECHA:** | **09/02/2026** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **SE OBSERVA TECHOS MATERIAL SANITARIO** | **SE OBSERVA ESTANTERIA PRECENCIA DE OXIDO** |
|  |  |
| **SE EVIDENCIA ALIMENTOS CONTACTO DIRECTO CON EL PISO** | **SE OBSERVA PARED CON SUCIEDAD AREA DE VERDURAS** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| | |
|---|---|
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |
|  |  |
| **VERIFICACION DE ROTULADO** | **VERIFICACION DE ROTULADO** |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-154<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 13 / Mayo / 2019 |
|---|---|---|

CIUDAD Ulani FECHA 18-02-2026 ACTA N° 25867EE2026-47

TIPO DE ESTABLECIMIENT

Jardín Infantil ☐ Institución Educativa Urbana ☐ Institución Educativa No Formal ☐ Guarderias ☐
Centros de Desarrollo ☐ Institución Educativa Rural ☒ Institución Educativa de Educación Superior ☐
Otros

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Cundinamarca

## IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*Razón Social Institucion Educativa Dptal Victor Manuel Londoño
*Nombre Comercial Escuela rural Manillos B
*CÉDULA / NIT 860005307-1 MATRICULA MERCANTIL No requiere
*DIRECCIÓN Vereda Manillos CÓDIGO DANE 25867000765
*DEPARTAMENTO Cundinamarca *MUNICIPIO Ulani
Barrio / Vereda Manillos B Comuna / Localidad /
Sector / Corregimiento / Caserío / UPZ /
Otro ☐ Cuál: —
Teléfonos 3125580495
Nombre del Propietario/Rep Legal Rosa Maria Borragan
*Documento de Identificación C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento 20904335
*Nombre del Rector o Director Rosa Maria Borragan
*Documento de Identificación C.C. ☒ C.E. ☐ *Número de documento 20904335
Correo Electrónico reduimal2@gmail.com
*Dirección de Notificación Km 45 + 300 costado derecho cambo-San Juan
El representante del establecimiento autoriza la notificación electrónica: SI ☒ NO ☐
Dirección de Notificación Electrónica reduimal2@gmail.com
*DEPARTAMENTO Cundinamarca *MUNICIPIO Ulani
*Horario 7 Día de Funcionamiento 7:30am 1:30pm N° TOTAL DE TRABAJADORES 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N° de Estudiantes ´por Jornada Mañana | Hombres | 6 | Mujeres | 7 |
| N° de Estudiantes por Jornada Tarde | Hombres | 0 | Mujeres | 2 |
| N°de Estudiantes por Jornada Noche | Hombres | 0 | Mujeres | 0 |
| N° de Docentes | Hombres | 0 | Mujeres | 1 |

Número de Aulas 2 Numero de Patios 1 Numero de Cafeterías o Tiendas Escolares 0
CÓDIGO CIIU SI ☒ NO ☐ Descripción de la Actividad Educacion bachillerato primaria

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 20-11-2025 | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA | FAVORABLE<br>FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE X<br>DESFAVORABLE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 79.5 % |
| N°ACTA DE ULTIMA VISITA | 25867EE2025-034 | | | | |

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| Cumple(C) | Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| Cumplimiento parcial (CP) | Cuando el establecimiento cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| No cumple (NC) | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar |
| Critico (CR) | La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud publica y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores |
| No Aplica (NA) | Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC<br>**Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)** |

## REVISION DOCUMENTAL (Marque con una X)

| DOCUMENTOS | DOCUMENTADO SI | DOCUMENTADO NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo) | X | | — |
| Si se requiere de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción | | X | NO presenta |
| Listado de inventario de insumos químicos empleados en las labores de mantenimiento y limpieza y desinfección (estado, cantidad almacenada) | | X | NO presenta |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | 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: | | | | |
| NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos · Minsalud · Gobernación de CUNDINAMARCA | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-154<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 13 / Mayo / 2019 |

## I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

### 1. CONDICIONES LOCATIVAS Y ÁREAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | El establecimiento está ubicado en un lugar no inundable y en terreno de fácil drenaje (Art 160, Art 162 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.2 | El establecimiento está alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores. Plantas de beneficio, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 162, Art 163 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.3 | En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | CP se observo baldosas suelta |
| 1.4 | En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.5 | Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | CP No Hay protección |
| 1.6 | Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes, en los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.7 | Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 de la Ley 9) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.8 | La ventilación natural y/o artificial es permanente y suficiente, con el objeto de evitar la acumulación de olores, gases, condensación de vapores (Art 197 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.9 | La iluminación natural y artificial es suficiente, adecuada y calidad, para prevenir efectos nocivos en la salud de los trabajadores, estudiantes y para garantizar adecuadas condiciones de visibilidad y seguridad. (Art 196 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.10 | El área total de las edificaciones y de las aulas en los establecimientos de enseñanza esta acorde con el número de personas que alberga habitualmente. (Art 211 Ley 9 de 1979) | 4 | 2 | 0 | | |
| 1.11 | El mobiliario (sillas, mesas, pupitres, tablero) utilizado por los estudiantes se encuentra en buenas condiciones para su funcionamiento. | 3 | 1.5 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 22.5 | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |

### 2.CONDICIONES SANITARIAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento, limpios y en cantidad suficientes para uso de los profesores (inodoros lavamanos y Ducha). Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 212 Ley 9 de 1979) | 5 | 2.5 | 0 | | CP se observa servicio sanitario fuera de servicio |
| 2.2 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento, limpios y en cantidad suficientes para uso de los estudiantes (inodoros y lavamanos). Art 50 Resolución 14681 de 1985) (Art 212 Ley 9 de 1979) | 7 | | 0 | | CR |
| 2.3 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios para la población discapacitada cumpliendo con las disposiciones del marco legal (Art 50 Resolución 14861 de 1985) | 5 | 2.5 | 0 | | |
| 2.4 | El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipos y mobiliario documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979) | 5 | 2.5 | 0 | | CP No han implementado todo el programa |
| 2.5 | El establecimiento dispone de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. | 3 | 1.5 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 20 | La calificación del bloque corresponde al 25 % del total del acta |

### 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

| | 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.1 | El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.2 | El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979) | 4 | | 0 | | CR |
| 3.1.3 | Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979 ) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.4 | El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable, debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.5 | El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio, el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 0 | | |
| | **3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.2.1 | Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (Art 36 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.2.2 | Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable (Art 177 Ley 9 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| | **3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.3.1 | Cuenta con plan de gestión integral de residuos documentado e implementado. | 3 | 1.5 | 0 | | Nc No lo tiene |
| 3.3.2 | Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.3.3 | Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.(Art 199 Ley 9 de 1979) | 1 | 0.5 | 0 | | |
| | **3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.4.1 | Existe un programa de manejo control integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 79) | 3 | 1.5 | 0 | | Nc No lo tiene |
| 3.4.2 | En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación. (Art 168 Ley 09 de 79) | 5 | | 0 | | CR |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 24 | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |

### 4. CONDICIONES DE SEGURIDAD- GESTION DEL RIESGO

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017) | 6 | 1.5 | 0 | | |
| 4.2 | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | CP se observa falta señalizacion |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-154<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 13 / Mayo / 2019 |
|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.3 | El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985) | (2) | 1 | 0 | | |
| 4.4 | La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 205 Ley 9 de 1979) (Art 52,54 Resolución 14861 de 1985) | 3 | (1.5) | 0 | | CP se observa vencido |
| 4.5 | Cuenta con área de enfermería para primeros auxilios(Art 214 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | (0) | | NC No Hay area |
| 4.6 | Existe botiquín completo de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979) | (2) | 1 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 9.5 | La calificación del bloque corresponde al 15 % del total del acta |

## II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir. | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| 79.5% | FAVORABLE | 95%-100% |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 50%-94% |
| | DESFAVORABLE | < 49,9% |

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

## III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

| | |
|---|---|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | 0 |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | 0 |

## IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

1.3 CP Se observan baldosas sueltas
1.5 CP Se observa falta proteccion escobres
2.1. CP Se observa Servicio sanitario fuera de servicio
2.4 CP Se evidencia no cuenta con el programa por escrito
3.3 NC No ha implementado el programa de R.S
3.4 NC No Presenta Programa control de plagas
4.2. CP Se evidencia falta señalizacion areas
4.4 CP Se observa extintores vencidos
4.5 NC No Hay area, cajas primeros auxilio

## V. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se socializa y se deja copia del acta fmf

**Por parte de Establecimiento:**

## VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO X

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de e
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Vacunación personas o animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- [ ] Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda

Nº DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARI

## VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

| | |
|---|---|
| DÍAS HÁBILES PLAZO | Treinta |
| FECHA INICIO PLAZO | 19 febrero 2026 |
| FECHA LIMITE DE PLAZO | 6 abril 2026 |

## IX. 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 25 del mes de febrero del año 2026 en la Ciudad de Ulani.

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

| POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO: Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN:ESE Hospital San Vicente de Paul- San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |

| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO | |
|---|---|
| FIRMA: Isabel Cristina Castillo | FIRMA: |
| NOMBRE: Isabel Cristina Castillo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 52 028 704 | CÉDULA: |
| INSTITUCIÓN: FED Manillos B | INSTITUCIÓN: |
| CARGO: Docente | CARGO: |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: CUNDINAMARCA  FECHA: 18 - 02 - 2026

## OBJETOS DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vivienda Transitoria | | Carcelarios | | Diversión Pública | |
| Industriales | | Espectáculo Público | | Educativos | X |
| Hospitalarios y Similares | | Comerciales | | Transporte de servicio público, oficial y escolar | |
| Puntos de entrada | | Cuartelarios | | Terminales portuarios trafico nacional | |
| Establecimientos de Alimentos | | Otro | | Cual | |

## IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

RAZÓN SOCIAL: Institución Educativa Dptal Victor Manuel Mendoza
NIT: 860053077 1
Nombre Comercial: Escuela rural Manitas B
Departamento: CUNDINAMARCA  MUNICIPIO: Vian.
Barrio:  Vereda: Manitas  Comuna:  Localidad:
Sector:  Corregimiento:  Caserío:  UPZ:
Otro:  Cuál:
DIRECCIÓN: Vereda manitas
TELÉFONOS: 312 558 0495
Correo Electrónico *: ieduimal2@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Rosa Maria Borragon
Documento de Identificación: C.C. X  C.E.  NIT  Número de documento: 20904335
Nombre del Representante Legal: Rosa Maria Borragan
Documento de Identificación: C.C. X  C.E.  NIT  Número de documento: 20904335
Correo Electrónico:
El representante del establecimiento autoriza la notificación electrónica: SI X  NO
Dirección de Notificación Electrónica: ieduimal2@gmail.com
Departamento: CUNDINAMARCA  MUNICIPIO: Viani

## IDENTIFICACIÓN DEL TRANSPORTE DE SERVICIO PUBLICO, OFICIAL, ESCOLAR, MIXTO Y PRIVADO.

TIPO DE VEHÍCULO: PUBLICO  OFICIAL  ESCOLAR  MIXTO  PRIVADO/PARTICULAR
PLACA DEL VEHÍCULO:
NOMBRE DEL CONDUCTOR:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C.  C.E.  Número de documento:
TURNO: AM  PM  HORA:

## MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | SOLICITUD DEL INTERESADO | | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS | |

OTRO  Especifique:

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR

## EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| CUMPLE | Cuando cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO CUMPLE | Cuando NO cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO APLICA | Cuando el aspecto a verificar no corresponde al objeto a vigilar |

## ASPECTOS A INSPECCIONAR Y VIGILAR (Marque con una X)

| ASPECTOS A VERIFICAR | DETALLE | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | DESCRIPCIÓN | ACCIÓN A REALIZAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados en el objeto de IVC incluyendo las áreas de atención al público y áreas de espera tales como terrazas, jardines aleros, parasoles entre otros. | X | | | | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con zonas de fumadores | X | | | | |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ej.: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros. | X | | | | |
| 2. El establecimiento cuenta con las siguientes señalizaciones (Artículo 2 y Artículo 20 Literal b de la Ley 1335 de 2009 ):<br>1. Señalización "Ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y<br>2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad" | La señalización contará con la siguiente información:<br>Frase: ***"Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"***<br>Dimensiones del aviso dependiendo del área:<br>**Opc 1:** áreas menores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 30 cm de largo * 15 cm de ancho.<br>**Opc 2:** áreas mayores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 50 * 35 cm<br>El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300. | X | | | | |
| | La señalización contara con la siguiente información<br>Frase: ***" Prohibida la Venta de Tabaco, Cigarrillos y sus derivados a menores de edad "***<br>***Parágrafo 1, artículo 2. Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas tabacaleras; ni empleará logotipos, símbolos, juegos de colores, que permitan identificar alguna de ellas.***<br>Dimensiones del aviso:<br>El tamaño del aviso será de 15 cm de largo * 30 cm de ancho.<br>El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300 | X | | | | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |

| Gobernación de CUNDINAMARCA | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. El establecimiento adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas que se encuentren fumando en el lugar. *Literal C, artículo 20 de la Ley 1335 de 2009*. | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el local o ponerse en contacto con la autoridad de policía. | X | | | | **Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN** |
| 4. El establecimiento cumple con las prohibiciones del uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre acceso de los menores de edad. *Parágrafo 3 del Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | Se debe verificar que los productos de tabaco no sean accesibles desde los estantes al público sin ningún tipo de control. | X | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 5. El establecimiento cumple con las prohibiciones de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. *Artículos 14,15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009*. | Elementos promocionales o publicitarios tales como:<br>Vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados.<br>Exhibidores, elementos promocionales, entre | X | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 6. Cumple con la prohibición de venta por unidad de productos de tabaco y sus derivados. Parágrafo del artículo 3 de la Ley 1335 de 2009. | A partir del 21 de Julio del 2011 quedó prohibida la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados. | X | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 7. El etiquetado y empaquetado que se encuentre en el establecimiento cumple con las disposiciones del *artículo 13 de la Ley 1335 de 2009*, sobre advertencias sanitarias | Parágrafo 1°, Artículo 13, Ley 1335 de 2009. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente - 21 de Julio de cada año. Resolución 3961 de 2009 y Resolución 5914 de 2018. | X | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 8. El establecimiento cumple con la prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad. *Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | No vende, ni permite el consumo de tabaco y sus derivados a menores de edad. | X | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 9.El establecimiento no vende cigarrillos en cajetillas menores de 10 unidades | Verificar que las cajetillas de cigarrillos sean de mínimo 10 unidades de Cigarrillos | X | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |

| ASPECTOS A INSPECCIONAR O VIGILAR EN MEDIOS DE TRANSPORTE (Marque con una X) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. El medio de transporte cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados dentro del vehículo | | | | | **Si no cumple canalizar a** ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados | | | | | |
| 2. Adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas cuando fuman al interior del vehículo | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el vehículo o ponerse en contacto con la autoridad competente | | | | | |
| 3. Cuenta con los avisos alusivos a los ambientes libres de humo. *Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.* | La señalización contará con la siguiente información:<br>Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"<br>Dimensiones del aviso: | | | | | |

**FIRMA 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 18 del mes de 02 del año 2026 en la Ciudad de Ubaté.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del objeto de IVC o quien atendió la visita.

**OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VISITA**

**OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VISITA**

| POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA | |
|---|---|
| NOMBRE LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO | NOMBRE |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA |
| CARGO Ingeniera de Alimentos | CARGO |
| INSTITUCIÓN: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |

| POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONADO O VIGILADO | |
|---|---|
| NOMBRE: Isabel C. Carrillo | NOMBRE |
| CÉDULA 52 028 704 | CÉDULA |
| CARGO: Docente | CARGO |
| INSTITUCIÓN: IED Manuela B | INSTITUCIÓN |
| FIRMA Isabel C. Castillo | FIRMA |

| TESTIGOS DE LA VISITA DE INSPECCIÓN Y/O VIGILANCIA | |
|---|---|
| NOMBRE | NOMBRE |
| CÉDULA | CÉDULA |
| CARGO | CARGO |
| INSTITUCIÓN | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos · Minsalud · Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-154<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 13 / Mayo / 2019 |

CIUDAD Viani FECHA 19-02-2026 ACTA N° 25867EE2026-049

TIPO DE ESTABLECIMIENT

Jardín Infantil ☐ Institución Educativa Urbana ☐ Institución Educativa No Formal ☐ Guarderias ☐

Centros de Desarrollo ☐ Institución Educativa Rural ☒ Institución Educativa de Educación Superior ☐

Otros

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Cundinamarca

## IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*Razón Social: Institucion Educativa Dptal Victor Manuel Londoño

*Nombre Comercial: Escuela rural Calambata

*CÉDULA / NIT: 860530771.-4. MATRICULA MERCANTIL: No requiere

*DIRECCIÓN: vereda Calambata CÓDIGO DANE: 125 867 00040

*DEPARTAMENTO: Cundinamarca *MUNICIPIO: Viani

Barrio: / Vereda: Calambata Comuna: / Localidad: /

Sector: / Corregimiento: / Caserío: / UPZ: /

Otro ☐ Cuál: /

Teléfonos: 3196653356

Nombre del Propietario/Rep Legal: Rosa Amalia Borragan Melendez

*Documento de Identificación C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento: 20904335

*Nombre del Rector o Director: Rosa Amalia Borragan Melendez.

*Documento de Identificación C.C. ☒ C.E. ☐ *Número de documento: 20904335

Correo Electrónico: iedvimal2@gmail.com

*Dirección de Notificación: PR. Km 45+30 costado derecho-Cambao-Viani

El representante del establecimiento autoriza la notificación electrónica: SI ☒ NO ☐

Dirección de Notificación Electrónica: iedvimal2@gmail.com

*DEPARTAMENTO: Cundinamarca *MUNICIPIO: Viani

*Horario 7 Día de Funcionamiento: 7:30am a 1pm L-V N° TOTAL DE TRABAJADORES: 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N° de Estudiantes ´por Jornada Mañana | Hombres | 8 | Mujeres | 7 |
| N° de Estudiantes por Jornada Tarde | Hombres | 0 | Mujeres | 0 |
| N°de Estudiantes por Jornada Noche | Hombres | 0 | Mujeres | 0 |
| N° de Docentes | Hombres | 0 | Mujeres | 1 |

Número de Aulas: 2 Numero de Patios: 1 Numero de Cafeterías o Tiendas Escolares: 1

CÓDIGO CIIL SI ☒ NO ☐ Descripción de la Actividad: Educacion basica primario

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 19-08-2025 | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA | FAVORABLE / FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE / DESFAVORABLE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 71.5 % |
| N°ACTA DE ULTIMA VISITA | 25867EE2025-026 | | | | |

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| Cumple(C) | Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| Cumplimiento parcial (CP) | Cuando el establecimiento cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| No cumple (NC) | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar |
| Crítico (CR) | La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud publica y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores |
| No Aplica (NA) | Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC<br>**Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)** |

## REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

| DOCUMENTOS | DOCUMENTADO SI | DOCUMENTADO NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo) | X | | — |
| Si se requiere de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción | | X | No Presenta |
| Listado de inventario de insumos químicos empleados en las labores de mantenimiento y limpieza y desinfección (estado, cantidad almacenada) | | X | No Presenta |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | | SOLICITUD DEL INTERESADO | | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | X | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN. | |
| OTRO | Especifique: | | | | |
| NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos · Minsalud · Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**<br>**ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS** | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-154<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 13 / Mayo / 2019 |

## I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

### 1. CONDICIONES LOCATIVAS Y ÁREAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | El establecimiento está ubicado en un lugar no inundable y en terreno de fácil drenaje (Art 160, Art 162 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | Se observa, area con pendiente deslizamiento |
| 1.2 | El establecimiento está alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores. Plantas de beneficio, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 162, Art 163 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | ——— |
| 1.3 | En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | CP se observan techos en mal estado |
| 1.4 | En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | CP se observan pisos con grietas |
| 1.5 | Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | No tiene protección |
| 1.6 | Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes, en los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | CP No cuenta con señalización |
| 1.7 | Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 de la Ley 9) | 3 | 1.5 | 0 | | ——— |
| 1.8 | La ventilación natural y/o artificial es permanente y suficiente, con el objeto de evitar la acumulación de olores, gases, condensación de vapores (Art 197 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | CP vidrios rotos |
| 1.9 | La iluminación natural y artificial es suficiente, adecuada y calidad, para prevenir efectos nocivos en la salud de los trabajadores, estudiantes y para garantizar adecuadas condiciones de visibilidad y seguridad. (Art 196 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | ——— |
| 1.10 | El área total de las edificaciones y de las aulas en los establecimientos de enseñanza esta acorde con el número de personas que alberga habitualmente. (Art 211 Ley 9 de 1979) | 4 | 2 | 0 | | ——— |
| 1.11 | El mobiliario (sillas, mesas, pupitres, tablero) utilizado por los estudiantes se encuentra en buenas condiciones para su funcionamiento. | 3 | 1.5 | 0 | | CP Pupitres rotos |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 21 | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |

### 2.CONDICIONES SANITARIAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento, limpios y en cantidad suficientes para uso de los profesores (inodoros lavamanos y Ducha). Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 212 Ley 9 de 1979) | 5 | 2.5 | 0 | | ——— |
| 2.2 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento, limpios y en cantidad suficientes para uso de los estudiantes (inodoros y lavamanos). Art 50 Resolución 14681 de 1985) (Art 212 Ley 9 de 1979) | 7 | | 0 | | ——— CR |
| 2.3 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios para la población discapacitada cumpliendo con las disposiciones del marco legal (Art 50 Resolución 14861 de 1985) | 5 | 2.5 | 0 | | ——— |
| 2.4 | El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipos y mobiliario documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979) | 5 | 2.5 | 0 | | CP No tiene el Programa |
| 2.5 | El establecimiento dispone de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. | 3 | 1.5 | 0 | | CP deseseo. |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 21 | La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta |

### 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

| | 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.1 | El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo | 2 | 1 | 0 | | ——— |
| 3.1.2 | El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979) | 4 | | 0 | | ——— CR |
| 3.1.3 | Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979 ) | 2 | 1 | 0 | | ——— |
| 3.1.4 | El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable, debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 0 | | ——— |
| 3.1.5 | El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio, el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 0 | | ——— |
| | **3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.2.1 | Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (Art 36 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | ——— |
| 3.2.2 | Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable (Art 177 Ley 9 1979) | 2 | 1 | 0 | | CP candelas en mal estado |
| | **3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.3.1 | Cuenta con plan de gestión integral de residuos documentado e implementado. | 3 | 1.5 | 0 | | NC No tiene |
| 3.3.2 | Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | ——— |
| 3.3.3 | Cuenta con recipientes de material rigido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.(Art 199 Ley 9 de 1979) | 1 | 0.5 | 0 | | ——— |
| | **3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.4.1 | Existe un programa de manejo control integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 79) | 3 | 1.5 | 0 | | NC No tiene |
| 3.4.2 | En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación. (Art 168 Ley 09 de 79) | 5 | | 0 | | ——— CR |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 23 | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |

### 4. CONDICIONES DE SEGURIDAD- GESTION DEL RIESGO

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017) | 3 | 1.5 | 0 | | CP NO Esta Socializado |
| 4.2 | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | CP No tiene |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-154<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 13 / Mayo / 2019 |
|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.3 | El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | (0) | | Nc No tiene |
| 4.4 | La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 205 Ley 9 de 1979) (Art 52,54 Resolución 14861 de 1985) | 3 | (1.5) | 0 | | CP vencido |
| 4.5 | Cuenta con área de enfermería para primeros auxilios(Art 214 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | (0) | | NC No Hay area |
| 4.6 | Existe botiquín completo de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979) | (2) | 1 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 6 | La calificación del bloque corresponde al 15 % del total del acta |

## II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir. | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| 71 % | FAVORABLE | 95%-100% |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 50%-94% |
| | DESFAVORABLE | < 49,9% |

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

## III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

| | |
|---|---|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | 0 |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | 0 |

## IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

1.1 CP Se observa construccion en terreno, no firme - deslizamiento
1.3 CP Se observe techos en mal estado
1.4 CP Se observa pisos con grietas
1.5 CP No tiene proteccion escaleras. No tienen acabados
1.6 CP No cuenta con Señalizacion
1.8 CP Se observan Vidrios rotos, en salones
1.11 CP Se observe Duchas en mal estado
2.4 CP No cuenta con el programa limpieza y desinfeccion
3.5 CP Se observe olor fuerte en salones, biblioteca, areas en común
3.2.3. CP Se observan canales de recoleccion de agua en mal estado
3.3.1 NC No ha implementado el programa
3.4.1 Nc. No presente programa control de plagas
4.1 CP No han socializado el plan de gestion del riesgo
4.2 CP Se observe Falta Señalizacion
4.3 NC No cuenta con alarma
4.4 CP Se observe extintor vencido
4.5 Nc. No Hay area primeros auxilios

## V. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Ninguna

**Por parte de Establecimiento:**

## VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI_ NO_X

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de e
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Vacunación personas o animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- [ ] Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARI

## VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

| | |
|---|---|
| DÍAS HÁBILES PLAZO | Treinta |
| FECHA INICIO PLAZO | 20 Febrero 2026 |
| FECHA LIMITE DE PLAZO | 7 Abril. 2026 |

## IX. 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 12 del mes de 02 del año 2026 en la Ciudad de Ulani.

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

| POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO: Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN:ESE Hospital San Vicente de Paul- San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |

| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Yazmin Adriana Beltran H | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21094895 | CÉDULA: |
| INSTITUCIÓN: Sede rural calambata | INSTITUCIÓN: |
| CARGO: Docente Aula | CARGO: |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: CUNDINAMARCA — FECHA: 19-02-2026

## OBJETOS DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vivienda Transitoria | | Carcelarios | | Diversión Pública | |
| Industriales | | Espectáculo Público | | Educativos | X |
| Hospitalarios y Similares | | Comerciales | | Transporte de servicio público, oficial y escolar | |
| Puntos de entrada | | Cuartelarios | | Terminales portuarios trafico nacional | |
| Establecimientos de Alimentos | | Otro | | Cual | |

## IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

RAZÓN SOCIAL: Institución Educativa Dptal Victor Manuel Londoño
NIT: 860530771-4
Nombre Comercial: Escuela rural Catambata

Departamento: CUNDINAMARCA — MUNICIPIO: Viani
Barrio: — Vereda: Catambata — Comuna: — Localidad:
Sector: — Corregimiento: — Caserío: — UPZ:
Otro: — Cuál:
DIRECCIÓN: Vereda Catambata
TELÉFONOS: 3196655356
Correo Electrónico *:

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Rosa Amalia Borragon Melendez
Documento de Identificación: C.C. X — C.E. — NIT — Número de documento: 20904335
Nombre del Representante Legal: Rosa Amalia Borragon Melendez
Documento de Identificación: C.C. — C.E. — NIT — Número de documento: 20904335
Correo Electrónico:

El representante del establecimiento autoriza la notificación electrónica: SI X — NO
Dirección de Notificación Electrónica: leduimd@gmail.com
Departamento: CUNDINAMARCA — MUNICIPIO: Viani

## IDENTIFICACIÓN DEL TRANSPORTE DE SERVICIO PUBLICO, OFICIAL, ESCOLAR, MIXTO Y PRIVADO.

TIPO DE VEHÍCULO: PUBLICO — OFICIAL — ESCOLAR — MIXTO — PRIVADO/PARTICULAR
PLACA DEL VEHÍCULO:
NOMBRE DEL CONDUCTOR:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. — C.E. — Número de documento:
TURNO: AM — PM — HORA:

## MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | SOLICITUD DEL INTERESADO | | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS | |

OTRO — Especifique:

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR:

## EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| CUMPLE | Cuando cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO CUMPLE | Cuando NO cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO APLICA | Cuando el aspecto a verificar no corresponde al objeto a vigilar |

## ASPECTOS A INSPECCIONAR Y VIGILAR (Marque con una X)

| ASPECTOS A VERIFICAR | DETALLE | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | DESCRIPCIÓN | ACCIÓN A REALIZAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados en el objeto de IVC incluyendo las áreas de atención al público y áreas de espera tales como terrazas, jardines aleros, parasoles entre otros. | X | | | 1 | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con zonas de fumadores | X | | | 1 | |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ej.: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros. | X | | | 1 | |
| 2. El establecimiento cuenta con las siguientes señalizaciones (Artículo 2 y Artículo 20 Literal b de la Ley 1335 de 2009 ):<br>1. Señalización "Ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y<br>2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad" | La señalización contará con la siguiente información:<br>Frase: ***"Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"***<br>Dimensiones del aviso dependiendo del área:<br>**Opc 1:** áreas menores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 30 cm de largo * 15 cm de ancho.<br>**Opc 2:** áreas mayores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 50 * 35 cm<br>El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300. | X | | | 1 | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | La señalización contara con la siguiente información<br>Frase: ***" Prohibida la Venta de Tabaco, Cigarrillos y sus derivados a menores de edad "***<br>*Parágrafo 1, artículo 2. Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas tabacaleras; ni empleará logotipos, símbolos, juegos de colores, que permitan identificar alguna de ellas.*<br>Dimensiones del aviso:<br>El tamaño del aviso será de 15 cm de largo * 30 cm de ancho.<br>El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300 | X | | | 1 | |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. El establecimiento adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas que se encuentren fumando en el lugar. *Literal C, artículo 20 de la Ley 1335 de 2009*. | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el local o ponerse en contacto con la autoridad de policía. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN** |
| 4. El establecimiento cumple con las prohibiciones del uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre acceso de los menores de edad. *Parágrafo 3 del Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | Se debe verificar que los productos de tabaco no sean accesibles desde los estantes al público sin ningún tipo de control. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 5. El establecimiento cumple con las prohibiciones de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. *Artículos 14,15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009*. | Elementos promocionales o publicitarios tales como:<br>Vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados.<br>Exhibidores, elementos promocionales, entre | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 6. Cumple con la prohibición de venta por unidad de productos de tabaco y sus derivados. Parágrafo del artículo 3 de la Ley 1335 de 2009. | A partir del 21 de Julio del 2011 quedó prohibida la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 7. El etiquetado y empaquetado que se encuentre en el establecimiento cumple con las disposiciones del *artículo 13 de la Ley 1335 de 2009*, sobre advertencias sanitarias | Parágrafo 1°. Artículo 13, Ley 1335 de 2009. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente - 21 de Julio de cada año. Resolución 3961 de 2009 y Resolución 5914 de 2018. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 8. El establecimiento cumple con la prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad. *Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | No vende, ni permite el consumo de tabaco y sus derivados a menores de edad. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 9.El establecimiento no vende cigarrillos en cajetillas menores de 10 unidades | Verificar que las cajetillas de cigarrillos sean de mínimo 10 unidades de Cigarrilos | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| **ASPECTOS A INSPECCIONAR O VIGILAR EN MEDIOS DE TRANSPORTE (Marque con una X)** | | | | | | |
| 1. El medio de transporte cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados dentro del vehículo | | | | | **Si no cumple canalizar a** ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados | | | | | |
| 2. Adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas cuando fuman al interior del vehículo | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el vehículo o ponerse en contacto con la autoridad competente | | | | | |
| 3. Cuenta con los avisos alusivos a los ambientes libres de humo. *Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.* | La señalización contará con la siguiente información:<br>Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"<br>Dimensiones del aviso: | | | | | |

**FIRMA 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 19 del mes de 02 del año 2026 en la Ciudad de Ubaté.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del objeto de IVC o quien atendió la visita.

**OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VISITA**

**OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VISITA**

| POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA | |
|---|---|
| NOMBRE LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO | NOMBRE |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA |
| CARGO Ingeniera de Alimentos | CARGO |
| INSTITUCIÓN: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |

| POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONADO O VIGILADO | |
|---|---|
| NOMBRE: Yazmin Adriana Beltran H | NOMBRE |
| CÉDULA 1.094.895 | CÉDULA |
| CARGO: Docente Aula | CARGO |
| INSTITUCIÓN: Calambata | INSTITUCIÓN |
| FIRMA Yazmin Adriana Beltran H | FIRMA |

| TESTIGOS DE LA VISITA DE INSPECCIÓN Y/O VIGILANCIA | |
|---|---|
| NOMBRE | NOMBRE |
| CÉDULA | CÉDULA |
| CARGO | CARGO |
| INSTITUCIÓN | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos · Minsalud · Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-154<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 13 / Mayo / 2019 |

CIUDAD Viani FECHA 19-02-2026 ACTA N° 25867EE2026050

TIPO DE ESTABLECIMIENT

Jardín Infantil [ ] Institución Educativa Urbana [ ] Institución Educativa No Formal [ ] Guarderias [ ]
Centros de Desarrollo [ ] Institución Educativa Rural [X] Institución Educativa de Educación Superior [ ]
Otros [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Cundinamarca

## IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*Razón Social: Institución educativa Dptal Victor Manuel Londoño
*Nombre Comercial: Sede rural Canoas
*CÉDULA / NIT: 860033077 1.-4 MATRICULA MERCANTIL: No requiere
*DIRECCIÓN: CÓDIGO DANE: 258670001559
*DEPARTAMENTO: Cundinamarca *MUNICIPIO: Viani
Barrio: Vereda: canoas Comuna: Localidad:
Sector: Corregimiento: Caserío: UPZ:
Otro [ ] Cuál:
Teléfonos: 3166795628
Nombre del Propietario/Rep Legal: Rosa Maria Barragan
*Documento de Identificación C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 20904335
*Nombre del Rector o Director: Rosa Maria Barragan
*Documento de Identificación C.C. [X] C.E. [ ] *Número de documento: 20904335
Correo Electrónico: leduimet2@gmail.com
*Dirección de Notificación: Km 95+300 costado derecho - cambao - viani.
El representante del establecimiento autoriza la notificación electrónica: SI [X] NO [ ]
Dirección de Notificación Electrónica: leduimet2@gmail.com
*DEPARTAMENTO: Cundinamarca *MUNICIPIO: Viani
*Horario 7 Día de Funcionamiento: 7:30am 1:30pm N° TOTAL DE TRABAJADORES: 3

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N° de Estudiantes por Jornada Mañana | Hombres | 8 | Mujeres | 2 |
| N° de Estudiantes por Jornada Tarde | Hombres | 0 | Mujeres | 0 |
| N°de Estudiantes por Jornada Noche | Hombres | 0 | Mujeres | 0 |
| N° de Docentes | Hombres | 0 | Mujeres | 1 |

Número de Aulas: 1 Numero de Patios: 1 Numero de Cafeterías o Tiendas Escolares: 1
CÓDIGO CIIL SI [X] NO [ ] Descripción de la Actividad: Educacion basica primaria

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 22-11-2025 | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA | FAVORABLE<br>FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE X<br>DESFAVORABLE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 69 |
| N°ACTA DE ULTIMA VISITA | 25867EE2025-035 | | | | |

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| Cumple(C) | Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| Cumplimiento parcial (CP) | Cuando el establecimiento cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| No cumple (NC) | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar |
| Crítico (CR) | La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud publica y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores |
| No Aplica (NA) | Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC<br>**Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)** |

## REVISION DOCUMENTAL (Marque con una X)

| DOCUMENTOS | DOCUMENTADO SI | DOCUMENTADO NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo) | X | | — |
| Si se requiere de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción | | X | No presento |
| Listado de inventario de insumos químicos empleados en las labores de mantenimiento y limpieza y desinfección (estado, cantidad almacenada) | | X | No presento |

## MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | | SOLICITUD DEL INTERESADO | X | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN. | |
| OTRO | | Especifique: | | | |
| NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A POR | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**<br>**ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS** | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-154<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 13 / Mayo / 2019 |

## I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

### 1. CONDICIONES LOCATIVAS Y ÁREAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | El establecimiento está ubicado en un lugar no inundable y en terreno de fácil drenaje (Art 160, Art 162 Ley 9 de 1979) | (2) | 1 | 0 | | |
| 1.2 | El establecimiento está alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores. Plantas de beneficio, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 162, Art 163 Ley 9 de 1979) | (2) | 1 | 0 | | |
| 1.3 | En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979) | (2) | 1 | 0 | | |
| 1.4 | En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979) | 3 | (1.5) | 0 | | CP se observo baldosas rotas |
| 1.5 | Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985) | (3) | 1.5 | 0 | | |
| 1.6 | Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes, en los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985) | 2 | (1) | 0 | | CP se observo falta demarcacion areas |
| 1.7 | Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 de la Ley 9) | 3 | (1.5) | 0 | | CP se observo. Falta ventilacion natural -proteccion |
| 1.8 | La ventilación natural y/o artificial es permanente y suficiente, con el objeto de evitar la acumulación de olores, gases, condensación de vapores (Art 197 Ley 9 de 1979) | 3 | (1.5) | 0 | | CP se observo falta cenefas |
| 1.9 | La iluminación natural y artificial es suficiente, adecuada y calidad, para prevenir efectos nocivos en la salud de los trabajadores, estudiantes y para garantizar adecuadas condiciones de visibilidad y seguridad. (Art 196 Ley 9 de 1979) | 3 | (1.5) | 0 | | Hay deficiencia en iluminacion |
| 1.10 | El área total de las edificaciones y de las aulas en los establecimientos de enseñanza esta acorde con el número de personas que alberga habitualmente. (Art 211 Ley 9 de 1979) | (4) | 2 | 0 | | |
| 1.11 | El mobiliario (sillas, mesas, pupitres, tablero) utilizado por los estudiantes se encuentra en buenas condiciones para su funcionamiento. | 3 | (1.5) | 0 | | CP se observa mobiliario en mal estado |
| **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** | | | | | 21.5 | La calificación del bloque corresponde al ___30___ % del total del acta |

### 2.CONDICIONES SANITARIAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento, limpios y en cantidad suficientes para uso de los profesores (inodoros lavamanos y Ducha). Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 212 Ley 9 de 1979) | 5 | (2.5) | 0 | | Se observa unidad sanitaria fuera de servicio |
| 2.2 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento, limpios y en cantidad suficientes para uso de los estudiantes (inodoros y lavamanos). Art 50 Resolución 14681 de 1985) (Art 212 Ley 9 de 1979) | (7) | | 0 | | CR |
| 2.3 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios para la población discapacitada cumpliendo con las disposiciones del marco legal (Art 50 Resolución 14861 de 1985) | (5) | 2.5 | 0 | | |
| 2.4 | El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipos y mobiliario documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979) | 5 | (2.5) | 0 | | NO Hay. Programa |
| 2.5 | El establecimiento dispone de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. | (3) | 1.5 | 0 | | |
| **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** | | | | | 20 | La calificación del bloque corresponde al ___25___ % del total del acta |

### 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

| | 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.1 | El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo | 2 | (1) | 0 | | CP falta mantenimiento |
| 3.1.2 | El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979) | (4) | | 0 | | CR |
| 3.1.3 | Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979 ) | 2 | (1) | 0 | | CP se observo falta drenajes |
| 3.1.4 | El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable, debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | (2) | 1 | 0 | | |
| 3.1.5 | El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio, el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | (2) | 1 | 0 | | |
| | **3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.2.1 | Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (Art 36 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | (0) | | NC PQ septico |
| 3.2.2 | Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable (Art 177 Ley 9 1979) | (2) | 1 | 0 | | |
| | **3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.3.1 | Cuenta con plan de gestión integral de residuos documentado e implementado. | 3 | 1.5 | (0) | | NC NO tiene |
| 3.3.2 | Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979) | (2) | 1 | 0 | | |
| 3.3.3 | Cuenta con recipientes de material rigido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.(Art 199 Ley 9 de 1979) | (1) | 0.5 | 0 | | |
| | **3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.4.1 | Existe un programa de manejo control integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 79) | 3 | 1.5 | (0) | | NC NO tiene |
| 3.4.2 | En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación. (Art 168 Ley 09 de 79) | (5) | | 0 | | CR |
| **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** | | | | | 20 | La calificación del bloque corresponde al ___30___ % del total del acta |

### 4. CONDICIONES DE SEGURIDAD- GESTION DEL RIESGO

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017) | (3) | 1.5 | 0 | | |
| 4.2 | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 52 Resolución 14861 de 1985) | (2) | 1 | 0 | | |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**<br>**ACTA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS** | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-154<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 13 / Mayo / 2019 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.3 | El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | NC No Hay alarma |
| 4.4 | La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 205 Ley 9 de 1979) (Art 52,54 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 4.5 | Cuenta con área de enfermería para primeros auxilios(Art 214 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | NC. NO Hay area |
| 4.6 | Existe botiquín completo de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** | | | | | 10 | La calificación del bloque corresponde al 15 % del total del acta |

## II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir. | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| 71.5% | FAVORABLE | 95%-100% |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 50%-94% |
| | DESFAVORABLE | < 49,9% |

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

## III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

| | |
|---|---|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | 8 |
| 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.

1.4 CP se observe pisos con baldosas rotas
1.5 CP se observe falta demarcacion de areas
1.7 CP se observa falta proteccion cables
1.8 CP se observe falta ventilacion natural
1.9 CP se evidencie falta iluminacion natural y artificial
1.11 CP se observe mobiliario en mal estado
2.1 CP se observe unidad sanitario en mal estado
2.4 CP se observe no tiene el programa limpieza y desinfeccion
3.1.4 CP se observe falta mantenimiento a la red. de acueducto
3.1.3 CP se evidencia falta mantenimiento a drenajes
3.2.1 NC se evidencia no le han hecho mantenimiento al pozo septico
3.3 NC no tiene programa
3.4.1 NC No tiene el programa control de plagas
4.3 NC No Hay alarma de emergencia
4.5 NC. No Hay area primeros auxilios

## V. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

**Por parte de Establecimiento:**

## VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO X

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de e
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Vacunación personas o animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- [ ] Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda

Nº DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARI

## VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

| | |
|---|---|
| DÍAS HÁBILES PLAZO | Treinta |
| FECHA INICIO PLAZO | 20 febrero |
| FECHA LIMITE DE PLAZO | 7 marzo 2026 |

## IX. 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 10 del mes de 02 del año 2026 en la Ciudad de Girardot.

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

**POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA**

| | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA: |
| CARGO: Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN:ESE Hospital San Vicente de Paul- San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: DIANA ISABEL GARZON | NOMBRE: |
| CÉDULA: 1076669205 | CÉDULA: |
| INSTITUCIÓN: Comedor | INSTITUCIÓN: |
| CARGO: Docente | CARGO: |

| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: CUNDINAMARCA  FECHA: 19 - 02 - 2029

## OBJETOS DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vivienda Transitoria | | Carcelarios | | Diversión Pública | |
| Industriales | | Espectáculo Público | | Educativos | X |
| Hospitalarios y Similares | | Comerciales | | Transporte de servicio público, oficial y escolar | |
| Puntos de entrada | | Cuartelarios | | Terminales portuarios trafico naciona | |
| Establecimientos de Alimentos | | Otro | | Cual | — |

## IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

RAZÓN SOCIAL: Institucion Educativa Dptal Victor Manuel Londoño
NIT: 860033077 1 - 4
Nombre Comercial: Sede rural cañados
Departamento: CUNDINAMARCA  MUNICIPIO: Viani.
Barrio:  Vereda: Cañados  Comuna:  Localidad:
Sector:  Corregimiento:  Caserío:  UPZ:
Otro:  Cuál:
DIRECCIÓN: Vereda cañados
TELÉFONOS: 316 679 56 28
Correo Electrónico *:

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Rosa Maria (Vergara) Borrogon
Documento de Identificación: C.C. X  C.E.  NIT  Número de documento: 20 904 335
Nombre del Representante Legal: Rosa Maria Borrogon
Documento de Identificación: C.C. X  C.E.  NIT  Número de documento: 20904 335
Correo Electrónico:

El representante del establecimiento autoriza la notificación electrónica: SI X  NO
Dirección de Notificación Electrónica: reduimal.2@gmail.com
Departamento: CUNDINAMARCA  MUNICIPIO: Viani.

## IDENTIFICACIÓN DEL TRANSPORTE DE SERVICIO PUBLICO, OFICIAL, ESCOLAR, MIXTO Y PRIVADO.

TIPO DE VEHÍCULO: PUBLICO  OFICIAL  ESCOLAR  MIXTO  PRIVADO/PARTICULAR
PLACA DEL VEHÍCULO:
NOMBRE DEL CONDUCTOR:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C.  C.E.  Número de documento:
TURNO: AM  PM  HORA:

## MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | SOLICITUD DEL INTERESADO | | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS | |

OTRO:  Especifique:

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR:

## EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| CUMPLE | Cuando cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO CUMPLE | Cuando NO cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO APLICA | Cuando el aspecto a verificar no corresponde al objeto a vigilar |

## ASPECTOS A INSPECCIONAR Y VIGILAR (Marque con una X)

| ASPECTOS A VERIFICAR | DETALLE | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | DESCRIPCIÓN | ACCIÓN A REALIZAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados en el objeto de IVC incluyendo las áreas de atención al público y áreas de espera tales como terrazas, jardines aleros, parasoles entre otros. | X | | | | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con zonas de fumadores | X | | | | |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ej.: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros. | X | | | | |
| 2. El establecimiento cuenta con las siguientes señalizaciones (Artículo 2 y Artículo 20 Literal b de la Ley 1335 de 2009 ):<br>1. Señalización "Ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y<br>2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad" | La señalización contará con la siguiente información:<br>Frase: ***"Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"***<br>Dimensiones del aviso dependiendo del área:<br>**Opc 1:** áreas menores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 30 cm de largo * 15 cm de ancho.<br>**Opc 2:** áreas mayores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 50 * 35 cm<br>El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300. | X | | | | |
| | La señalización contara con la siguiente información<br>Frase:*" Prohibida la Venta de Tabaco, Cigarrillos y sus derivados a menores de edad "*<br>*Parágrafo 1, artículo 2. Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas tabacaleras; ni empleará logotipos, símbolos, juegos de colores, que permitan identificar alguna de ellas.*<br>Dimensiones del aviso:<br>El tamaño del aviso será de 15 cm de largo * 30 cm de ancho.<br>El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300 | X | | | | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |

| Gobernación de CUNDINAMARCA | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. El establecimiento adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas que se encuentren fumando en el lugar. *Literal C, artículo 20 de la Ley 1335 de 2009*. | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el local o ponerse en contacto con la autoridad de policía. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN** |
| 4. El establecimiento cumple con las prohibiciones del uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre acceso de los menores de edad. *Parágrafo 3 del Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | Se debe verificar que los productos de tabaco no sean accesibles desde los estantes al público sin ningún tipo de control. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 5. El establecimiento cumple con las prohibiciones de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. *Artículos 14,15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009*. | Elementos promocionales o publicitarios tales como:<br>Vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados.<br>Exhibidores, elementos promocionales, entre | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 6. Cumple con la prohibición de venta por unidad de productos de tabaco y sus derivados. Parágrafo del artículo 3 de la Ley 1335 de 2009. | A partir del 21 de Julio del 2011 quedó prohibida la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 7. El etiquetado y empaquetado que se encuentre en el establecimiento cumple con las disposiciones del *artículo 13 de la Ley 1335 de 2009*, sobre advertencias sanitarias | Parágrafo 1°. Artículo 13, Ley 1335 de 2009. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente - 21 de Julio de cada año. Resolución 3961 de 2009 y Resolución 5914 de 2018. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 8. El establecimiento cumple con la prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad. *Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | No vende, ni permite el consumo de tabaco y sus derivados a menores de edad. | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 9.El establecimiento no vende cigarrillos en cajetillas menores de 10 unidades | Verificar que las cajetillas de cigarrillos sean de mínimo 10 unidades de Cigarrillos | Y | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| **ASPECTOS A INSPECCIONAR O VIGILAR EN MEDIOS DE TRANSPORTE (Marque con una X)** | | | | | | |
| 1. El medio de transporte cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados dentro del vehículo | | | | | **Si no cumple canalizar a** ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados | | | | | |
| 2. Adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas cuando fuman al interior del vehículo | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el vehículo o ponerse en contacto con la autoridad competente | | | | | |
| 3. Cuenta con los avisos alusivos a los ambientes libres de humo. *Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.* | La señalización contará con la siguiente información:<br>Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"<br>Dimensiones del aviso: | | | | | |

**FIRMA 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 19 del mes de 02 del año 2026 en la Ciudad de Usme.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del objeto de IVC o quien atendió la visita.

**OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VISITA**

**OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VISITA**

| **POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA** | |
|---|---|
| NOMBRE LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO | NOMBRE |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA |
| CARGO Ingeniera de Alimentos | CARGO |
| INSTITUCIÓN: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |

| **POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONADO O VIGILADO** | |
|---|---|
| NOMBRE: DIANA ISABEL GARZON | NOMBRE |
| CÉDULA 1076669205 | CÉDULA |
| CARGO: DOCENTE | CARGO |
| INSTITUCIÓN: RAPADAS | INSTITUCIÓN |
| FIRMA Diana Garzon | FIRMA |

| **TESTIGOS DE LA VISITA DE INSPECCIÓN Y/O VIGILANCIA** | |
|---|---|
| NOMBRE | NOMBRE |
| CÉDULA | CÉDULA |
| CARGO | CARGO |
| INSTITUCIÓN | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos · Minsalud · Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-155<br>Versión: 01 |
| | ACTA GENERAL<br>DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO | Fecha de aprobación: 15 / Abril / 2019 |

CIUDAD: Uiani | FECHA: 18-02-2026 | ACTA N°: 25867 EC 2026-54

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] | Establecimientos de Espectáculo Público [ ] | Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Cundinamarca

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

* CAMPO OBLIGATORIO

| | |
|---|---|
| *RAZÓN SOCIAL | Inversiones Sacro Santo Servicios funerarios |
| *CÉDULA / NIT | 900521247 - 1 |
| *NOMBRE COMERCIAL | Inversiones Sacro Santo |
| *DIRECCIÓN | KR 3 H 3-58 |
| MATRICULA MERCANTIL | No presento |
| *DEPARTAMENTO | Cundinamarca |
| *MUNICIPIO | Uian. |
| Barrio | Centro |
| Vereda | / |
| Comuna | / |
| Sector | / |
| Corregimiento | / |
| Caserío | / |
| UPZ | / |
| Otro [ ] Cual: | / |
| Teléfonos | 3012582941 |
| Correo Electrónico | Inversionesacrosantouiani@gmail.com |
| Nombre del Propietario | Carlos Augusto Beltran |
| *Documento de Identificación | C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 80428951 |
| *Nombre del Representante Legal | Carlos Augusto Beltran |
| *Documento de Identificación | C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 80428951 |
| Correo Electrónico | |
| *Dirección de Notificación | KR 3 H 3-58 |

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]

| | |
|---|---|
| Dirección de Notificación Electrónica | Inversionessacrosantouiani@gmail.com |
| *DEPARTAMENTO: Cundinamarca | *MUNICIPIO: Uiani |
| *Horario y Día de Funcionamiento | Según Oracion 8 horas |
| N° de trabajadores | 1 |
| N° de empleados afiliados riesgos profesionales | 0 |
| N° de empleados afiliados al sistema de seguridad social | 1 |
| CÓDIGO CIUU SI [X] NO [ ] Descripción de Actividad | Servicios funerarios |

**CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 11-04-2025 | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA | FAVORABLE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 82% |
| N°ACTA DE ULTIMA VISITA | 25867EC2025012 | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS [X] | | |
| | | | DESFAVORABLE | | |

***MOTIVO DE LA VISITA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | 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:

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO PQR

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

| | |
|---|---|
| Cumplimiento ( C ) | Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| Cumplimiento parcial (CP) | Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| No cumplimiento (NC) | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar |
| Crítico (CR) | La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales |
| No Aplica (NA) | Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC<br>**Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)** |

**REVISIÓN DOCUMENTAL**

| DOCUMENTOS | DOCUMENTADO SI | DOCUMENTADO NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo) | | X | No presento |
| Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental) | | X | No presento |
| Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental) | | X | No presento |
| En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción. | | X | No presento |

| La salud es de todos · Minsalud · Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA GENERAL<br>DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-155<br>Versión: 01<br>Fecha de aprobación: 15 / Abril / 2019 |
|---|---|---|

## I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

### 1. CONDICIONES LOCATIVAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979) | 5 | 2.5 | 0 | | |
| 1.2 | Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso ( Art 40 Resolución 14861 de 1985) | 4 | 2 | 0 | | |
| 1.3 | En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979) | 4 | 2 | 0 | | |
| 1.4 | En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979) | 4 | 2 | 0 | | |
| 1.5 | Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.6 | Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Res 14861 de 1985) | 4 | 2 | 0 | | |
| 1.7 | La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.8 | La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 30 | | La calificación del bloque corresponde al _30 % del total del acta |

### 2.CONDICIONES SANITARIAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985) | 10 | | 0 | | CR |
| 2.2 | El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 79) | 6 | 3 | 0 | | CP No tiene el programa |
| 2.3 | Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados. | 4 | 2 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 17 | La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta |

### 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

| | 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.1 | El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.2 | El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979) | 4 | | 0 | | CR |
| 3.1.3 | Las instalaciones interiores para suministro están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo ( Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.4 | El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.5 | El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes).(Art 10 Dec 1575 / 2007) | 2 | 1 | 0 | | |
| | **3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.2.1 | Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.2.2 | Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable | 2 | 1 | 0 | | |
| | **3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.3.1 | Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado. | 2 | 1 | 0 | | NC NO tiene el Programa |
| 3.3.2 | El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 3.3.3 | Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores. | 2 | 1 | 0 | | |
| | **3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | |
| 3.4.1 | Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | NC NO tiene el Programa |
| 3.4.2 | En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79) | 5 | | 0 | | CR |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 26 | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |

### 4 CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017) | 4 | 2 | 0 | | NC NO lo presento |
| 4.2 | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 de 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 4.3 | El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | NC NO tiene |
| 4.4 | Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto lumínica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 4.5 | La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 5 | 2.5 | 0 | | CP vencido |
| 4.6 | Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | NC NO Presento |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 8.5 | La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta |

| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos — Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA GENERAL<br>DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-155<br>Versión: 01<br>Fecha de aprobación: 15 / Abril / 2019 |

## II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir. | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | |
|---|---|---|---|
| 81.5 % | FAVORABLE | 95%-100% | En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE. |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 50%-94% | |
| | DESFAVORABLE | < 49,9% | |

## III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

| | |
|---|---|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA) | 8 |
| 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.

2.2 CP. se evidencia no cuenta con el programa documentado
3.3.1. Nc NO presenta programa por escrito de residuos
3.4.1. NC NO presenta programa por escrito control de plagas
4.1 NC NO presento el plan de gestion de riesgo
4.3 NC NO cuenta con alarma de emergencia
4.5 CP Se observa extintor vencido
4.6 NC NO se observa botiquin primeros auxilios

## V. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Ninguna

**Por parte de Establecimiento:**

Ninguna

## VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO X

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Clausura temporal total | ☐ Decomiso | ☐ Vacunación personas o animales |
| ☐ Clausura temporal parcial | ☐ Destrucción o desnaturalización | ☐ Destrucción o desnaturalización |
| ☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios | ☐ Congelación | ☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades |
| ☐ Suspensión total de trabajos o servicios | ☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades | ☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda |
| ☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enferme | | |

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

## VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

| | |
|---|---|
| DÍAS HÁBILES PLAZO | Treinta |
| FECHA INICIO PLAZO | 19 02 - 2026 |
| FECHA LIMITE DE PLAZO | 6 - Abril. 2026 |

## 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 18 del mes de 02 del año 2026 en la Ciudad de Ubaté

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

**POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA**

| | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA:21153341 | CÉDULA: |
| CARGO: Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN: E.S.E Hospital San Vicente de Paul- San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| FIRMA: Isabel Carrillo | FIRMA: |
| NOMBRE: Isabel Carrillo | NOMBRE: |
| CÉDULA: 20 251. 485 | CÉDULA: |
| INSTITUCIÓN: Solo de Cebolla | INSTITUCIÓN: |
| CARGO: Encargada | CARGO: |

| Gobernación de CUNDINAMARCA | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: CUNDINAMARCA — FECHA: 18 - 02 - 2026

## OBJETOS DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vivienda Transitoria | | Carcelarios | | Diversión Pública | |
| Industriales | | Espectáculo Público | | Educativos | |
| Hospitalarios y Similares | | Comerciales | | Transporte de servicio público, oficial y escolar | X |
| Puntos de entrada | | Cuartelarios | | Terminales portuarios trafico nacional | |
| Establecimientos de Alimentos | | Otro | | Cual | — |

## IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

RAZÓN SOCIAL: Inversiones Sacro Santo servicios funerarios
NIT: 900521247 - 1.
Nombre Comercial: Inversiones Sacro Santo
Departamento: CUNDINAMARCA — MUNICIPIO: Ubaque.
Barrio: Centro — Vereda: — Comuna: — Localidad: —
Sector: — Corregimiento: — Caserío: — UPZ: —
Otro: — Cuál: —
DIRECCIÓN: Kr 3 A 3-58
TELÉFONOS: 3012582971
Correo Electrónico *:
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Carlos Augusto Beltran
Documento de Identificación: C.C. X — C.E. — NIT — Número de documento: 80428951
Nombre del Representante Legal: Carlos Augusto Beltran
Documento de Identificación: C.C. X — C.E. — NIT — Número de documento: 80428951
Correo Electrónico:
El representante del establecimiento autoriza la notificación electrónica: SI X — NO
Dirección de Notificación Electrónica: Inversiones Sacrosantoubani@gmail.com
Departamento: CUNDINAMARCA — MUNICIPIO: Ubani

## IDENTIFICACIÓN DEL TRANSPORTE DE SERVICIO PUBLICO, OFICIAL, ESCOLAR, MIXTO Y PRIVADO.

TIPO DE VEHÍCULO: PUBLICO — OFICIAL — ESCOLAR — MIXTO X — PRIVADO/PARTICULAR
PLACA DEL VEHÍCULO:
NOMBRE DEL CONDUCTOR:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. — C.E. — Número de documento:
TURNO: AM — PM — HORA:

## MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | SOLICITUD DEL INTERESADO | | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS | |

OTRO — Especifique:

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR:

## EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| CUMPLE | Cuando cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO CUMPLE | Cuando NO cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO APLICA | Cuando el aspecto a verificar no corresponde al objeto a vigilar |

## ASPECTOS A INSPECCIONAR Y VIGILAR (Marque con una X)

| ASPECTOS A VERIFICAR | DETALLE | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | DESCRIPCIÓN | ACCIÓN A REALIZAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados en el objeto de IVC incluyendo las áreas de atención al público y áreas de espera tales como terrazas, jardines aleros, parasoles entre otros. | X | | | | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con zonas de fumadores | X | | | | |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ej.: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros. | X | | | | |
| 2. El establecimiento cuenta con las siguientes señalizaciones (Artículo 2 y Artículo 20 Literal b de la Ley 1335 de 2009 ): 1. Señalización "Ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y 2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad" | La señalización contará con la siguiente información: Frase: ***"Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"*** Dimensiones del aviso dependiendo del área: **Opc 1:** áreas menores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 30 cm de largo * 15 cm de ancho. **Opc 2:** áreas mayores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 50 * 35 cm El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300. | X | | | | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | La señalización contara con la siguiente información: Frase:" ***Prohibida la Venta de Tabaco, Cigarrillos y sus derivados a menores de edad*** " *Parágrafo 1, artículo 2. Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas tabacaleras; ni empleará logotipos, símbolos, juegos de colores, que permitan identificar alguna de ellas.* Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 15 cm de largo * 30 cm de ancho. El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300 | X | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
| | **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. El establecimiento adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas que se encuentren fumando en el lugar. *Literal C, artículo 20 de la Ley 1335 de 2009*. | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el local o ponerse en contacto con la autoridad de policía. | | | | | **Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN** |
| 4. El establecimiento cumple con las prohibiciones del uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre acceso de los menores de edad. *Parágrafo 3 del Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | Se debe verificar que los productos de tabaco no sean accesibles desde los estantes al público sin ningún tipo de control. | | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 5. El establecimiento cumple con las prohibiciones de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. *Artículos 14,15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009*. | Elementos promocionales o publicitarios tales como:<br>Vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados.<br>Exhibidores, elementos promocionales, entre otros. | | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 6. Cumple con la prohibición de venta por unidad de productos de tabaco y sus derivados. Parágrafo del artículo 3 de la Ley 1335 de 2009. | A partir del 21 de Julio del 2011 quedó prohibida la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados. | | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 7. El etiquetado y empaquetado que se encuentre en el establecimiento cumple con las disposiciones del *artículo 13 de la Ley 1335 de 2009*, sobre advertencias sanitarias | Parágrafo 1°, Artículo 13, Ley 1335 de 2009. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente - 21 de Julio de cada año. Resolución 3961 de 2009 y Resolución 5914 de 2018. | | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 8. El establecimiento cumple con la prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad. *Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | No vende, ni permite el consumo de tabaco y sus derivados a menores de edad. | | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 9.El establecimiento no vende cigarrillos en cajetillas menores de 10 unidades | Verificar que las cajetillas de cigarrillos sean de mínimo 10 unidades de Cigarrillos | | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| **ASPECTOS A INSPECCIONAR O VIGILAR EN MEDIOS DE TRANSPORTE (Marque con una X)** | | | | | | |
| 1. El medio de transporte cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados dentro del vehículo | | | | | **Si no cumple canalizar a** ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados | | | | | |
| 2. Adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas cuando fuman al interior del vehículo | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el vehículo o ponerse en contacto con la autoridad competente | | | | | |
| 3. Cuenta con los avisos alusivos a los ambientes libres de humo. *Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.* | La señalización contará con la siguiente información:<br>Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"<br>Dimensiones del aviso: | | | | | |

**FIRMA 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 18 del mes de 02 del año 2026 en la Ciudad de Girardot

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del objeto de IVC o quien atendió la visita.

**OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VISITA**

**OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VISITA**

| **POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA** | |
|---|---|
| NOMBRE LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO | NOMBRE |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA |
| CARGO Ingeniera de Alimentos | CARGO |
| INSTITUCIÓN: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |
| **POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONADO O VIGILADO** | |
| NOMBRE: Isabel Camillo | NOMBRE |
| CÉDULA 20251485 | CÉDULA |
| CARGO: Encargada | CARGO |
| INSTITUCIÓN: Sala de Velacion | INSTITUCIÓN |
| FIRMA Isabel Camillo | FIRMA |
| **TESTIGOS DE LA VISITA DE INSPECCIÓN Y/O VIGILANCIA** | |
| NOMBRE | NOMBRE |
| CÉDULA | CÉDULA |
| CARGO | CARGO |
| INSTITUCIÓN | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos · Minsalud<br>Gobernación de CUNDINAMARCA | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD**<br>**GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**<br>**ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE VIVIENDA TRANSITORIA** | **Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-148**<br>**Versión: 01**<br>**Fecha de aprobación: 12 / Abril / 2019** |

**CIUDAD** Viani **FECHA** 19-02-2026 **ACTA N°** 25867 VT 2026 048

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hotel | X | Aparta hotel | | Complejo Turístico | | Hostal | | Campamentos | | Moteles | |
| Residencias | | Hospedería | | Centro Vacacional | | Posadas | | Alojamientos | | Amoblados | |
| | | Otro | | | | | | | | | |

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: CUNDINAMARCA

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*** CAMPO OBLIGATORIO**

*RAZÓN SOCIAL: Hotel Orquideas Resort

*CÉDULA / NIT: 28813034-1 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: ———

*NOMBRE COMERCIAL: Hotel orquidea Resort

*DIRECCIÓN: Cl. 3 # 5 - 19 MATRICULA MERCANTIL: 45745

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA *MUNICIPIO: Viani

Barrio: Centro Vereda: / Comuna: / Localidad: /

Sector: / Corregimiento: / Caserío: / UPZ: /

Otro: / Cuál:

TELÉFONOS: 3123293953

NOMBRE DEL PROPIETARIO/ REP LEGAL: Maria de los Angeles Galindo Ospina

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. X C.E. NIT *Número de documento: 28813034

*NOMBRE DEL ADMINISTRADOR: Maria de los Angeles Galindo Ospina

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. X C.E. NIT *Número de documento: 28813034

CORREO ELECTRÓNICO: Jose.gonzales082hotmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cl 3 # 5-19

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI X NO

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: Jose.gonzales082hotmail.com

*DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA *MUNICIPIO: Viani

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 24 horas D-D N° DE TRABAJADORES Admón. | Operativos

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES: 0

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 1

CÓDIGO CIIU SI X NO DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: 551 Prestacion Servicio Alojamiento

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Numero de Habitaciones | 23 | Numero de Salones de Eventos | 0 |
| Numero de Estructuras Acuáticas (piscinas, jacuzzis) | 1 | Numero de Restaurantes | 0 |

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 19-08-2025 | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA | FAVORABLE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 86.5% |
| N°ACTA DE ULTIMA VISITA | 25867VT2025-027 | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS X | | |
| | | | DESFAVORABLE | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | SOLICITUD DEL INTERESADO | | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN | |
| OTRO | | Especifique: | | | |

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| Cumplimiento ( C ) | Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| Cumplimiento parcial (CP) | Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| No cumplimiento (NC) | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar |
| Crítico (CR) | La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales |
| No Aplica (NA) | Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC. **Nota:(para no afectar calificación de los bloques se diligenciara** como **Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento** vigilado **y controlado)** |

## REVISIÓN DOCUMENTAL

| DOCUMENTOS | DOCUMENTADO SI | DOCUMENTADO NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo) | | X | No Presenta |
| Permiso de vertimientos ( en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental) | | X | No Presenta |
| Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993) | | X | No Presenta |
| Manifiesto de recolección de residuos por gestor, Actas de tratamiento y disposición final aplica para ámbito de aplicación decreto 351 de 2014 | | X | No Presenta |
| Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental) | | X | No Presenta |
| En caso de que el servicio de lavandería sea tercerizado presentar contrato, concepto sanitario de la empresa con que se tiene contratado el servicio | | X | No Presenta |
| Si se requiere de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción. | | X | No Presenta |

| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos · Minsalud<br>Gobernación de CUNDINAMARCA | PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO<br>ESTABLECIMIENTOS DE VIVIENDA TRANSITORIA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-148<br>Versión: 01<br>Fecha de aprobación: 12 / Abril / 2019 |

## I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

### 1. CONDICIONES LOCATIVAS Y ÁREAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, plantas de beneficio, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.2 | En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 1 | | |
| 1.3 | En el establecimiento las paredes y techos son sólidos, impermeables de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.4 | Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores son accesibles cuentan con fácil acceso ( Art 40 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.5 | El establecimiento cuenta con puertas de salida suficientes y de características apropiadas para facilitar la evacuación del personal en caso de emergencia o desastre, las cuales no podrán mantenerse obstruidas o con seguro durante las jornadas de trabajo. Las vías de acceso a las salidas de emergencia estarán claramente señalizadas (Art 96 Ley de 1979) | 3 | 1,5 | 0 | | |
| 1.6 | Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.7 | Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes ( Art 93 ley 9 de 1979) , Los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.8 | Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (art 117 de la Ley 9) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.9 | La ventilación natural y artificial es adecuada para el uso.(Art 196 y 197 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.10 | La iluminación natural y artificial es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 25 | | La calificación del bloque corresponde al 25 % del total del acta |

### 2.CONDICIONES SANITARIAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores, huéspedes, visitantes y población con discapacidad (inodoros lavamanos y Ducha). Art 50 Resolución 14861 /1985) (Art 188 Ley 9 / 79) | 4 | 2 | 0 | | |
| 2.2 | En las habitaciones el mobiliario se encuentran en buen estado y en condiciones optimas de limpieza y aseo.(Art 207 ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.3 | La ropa de cama, lencería, cortinas, persianas se encuentra en buenas condiciones de aseo y limpieza, así como en buen estado (Art 207 ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.4 | Los colchones y almohadas están en buen estado de aseo y limpieza, cuentan con elementos para la protección de fluidos corporales en caso de derrame.(Art 207 ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.5 | Los baños de habitaciones el material es de fácil limpieza y desinfección, se encuentran en buen estado, aseados y dotados con elementos de aseo personal. (Art 207 ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.6 | Si cuenta con zonas húmedas estas son de fácil limpieza y desinfección, se encuentran en buen estado y aseadas (Art 207 ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 2.7 | Las habitaciones y baños cuentan con contenedores para la segregación de los generados (Art 199 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 2.8 | El aire acondicionado de las habitaciones se encuentra en buen estado, en condiciones de aseo y limpieza y con mantenimiento permanente | 2 | 1 | 0 | | |
| 2.9 | Disponer de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. | 1 | 0.5 | 0 | | |
| 2.10 | El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipo y lencería documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979) | 3 | | 0 | | C |
| 2.11 | Los artículos para los huéspedes se en cuentan en buenas condiciones, así como los alimentos y bebidas son almacenados en buenas condiciones que cumplen con las fechas de caducidad y rotulado | 2 | 1 | 0 | | |
| 2.12 | En el área de lavandería se cuenta con las áreas separadas, los equipos, maquinarias y herramientas en buen estado y se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo (Art 91, Art 112 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 30 | | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |

### 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

| | 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.1 | El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativos | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.2 | El establecimiento cuenta con suministro y acceso de agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979) | 4 | | 0 | | C |
| 3.1.3 | Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979 ) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.4 | El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. Art 10 Decreto 1575 de 2007 | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.5 | El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 0 | | no presenta |
| | **3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.2.1 | Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (Art 36 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.2.2 | Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable (Art 177 Ley 9 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| | **3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.3.1 | Cuenta con plan de gestión integral de residuos no peligrosos y peligrosos documentado e implementado (tener presente en los objetos de IVC aquellos que estén en el ámbito de aplicación del articulo artículo 2.8.10.2 decreto 780 de 2016) | 3 | 1.5 | 0 | | NC No lo tiene |
| 3.3.2 | Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979) ((Resolución 1164 de 2002-.MPGIRH,Numeral 7.2.6) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.3.3 | Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores. (Art 198 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| | **3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.4.1 | Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 79) | 2 | 1 | 0 | | NC No lo tiene |
| 3.4.2 | En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79) | 4 | | 0 | | C |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 24 | | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA<br>ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO<br>ESTABLECIMIENTOS DE VIVIENDA TRANSITORIA | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-148<br>Versión: 01<br>Fecha de aprobación: 12 / Abril / 2019 |

## 4. CONDICIONES DE SEGURIDAD- GESTION DEL RIESGO

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017) | 3 | 1.5 | 0 | | NC NO tiene |
| 4.2 | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.(Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 4.3 | El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | NO to tiene |
| 4.4 | La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | vencido |
| 4.5 | Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 240 de ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 4.6 | El establecimiento cuenta con un área para el almacenamiento seguro de sustancias químicas empleadas. (Art 121 de ley 9 de 1979) y estas se encuentran rotuladas e identificadas | 2 | 1 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 8.5 | | La calificación del bloque corresponde al 15 % del total del acta |

## II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir. | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | |
|---|---|---|---|
| 87.5% | FAVORABLE | 95%-100% | En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE. |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | X 50%-94% | |
| | DESFAVORABLE | < 49,9% | |

## III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

| | |
|---|---|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | 8 |
| 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.

3.1.5 CP NO presenta soporte del lavado y desinfeccion del tanque de reserva de agua

3.3.1 NC NO ha implementado programa manejo de residuos

3.4.1 NC NO presenta programa control de plagas

4.1. NC NO tiene el plan de gestion de riesgo

4.3 NC NO cuenta con alarma de emergencia

4.4 CP se Observe extintor vencido

## V. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se socialize y se deja copia del acta fue

**Por parte de Establecimiento:**

## VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO X

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Vacunación personas o animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- [ ] Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda

Nº DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

## VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

| | |
|---|---|
| DÍAS HÁBILES PLAZO | Treinta |
| FECHA INICIO PLAZO | 20 Febrero 2026 |
| FECHA LIMITE DE PLAZO | 7 Abril. 2026 |

## VIII. 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 19 del mes de 02 del año 2026 en la Ciudad de Viani.

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

**POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA**

| | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: Libia Esperanza Sosa Camelo | NOMBRE: |
| CÉDULA:21153341 | CÉDULA: |
| CARGO:Ingeniera de Alimentos | CARGO: |
| INSTITUCIÓN: E.S.E Hospital San Vicente de Paul_ San Juan de Rio Seco | INSTITUCIÓN: |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: JOSE MARIA GONZALES | NOMBRE: |
| CÉDULA: 79522456 | CÉDULA: |
| CARGO: GERENTE | CARGO: |
| INSTITUCIÓN: HOTEL ORQUIDEA RESORT | INSTITUCIÓN: |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
| | **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: CUNDINAMARCA — FECHA: 19-02-2026

## OBJETOS DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vivienda Transitoria | X | Carcelarios | | Diversión Pública | |
| Industriales | | Espectáculo Público | | Educativos | |
| Hospitalarios y Similares | | Comerciales | | Transporte de servicio público, oficial y escolar | |
| Puntos de entrada | | Cuartelarios | | Terminales portuarios trafico nacional | |
| Establecimientos de Alimentos | | Otro | | Cual | — |

## IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

RAZÓN SOCIAL: Hotel Orquidea Resort
NIT: 28813034-1
Nombre Comercial: Hotel orquidea Resort
Departamento: CUNDINAMARCA — MUNICIPIO: Viani
Barrio: Centro — Vereda: — Comuna: — Localidad: —
Sector: — Corregimiento: — Caserío: — UPZ: —
Otro: — Cuál: —
DIRECCIÓN: Cl. 3 # 5-19
TELÉFONOS: 3123293953
Correo Electrónico *: jose.gonzales082@hotmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Maria de los Angeles Galindo Ospina
Documento de Identificación: C.C. X — C.E. — NIT — Número de documento: 28813034
Nombre del Representante Legal: Maria de los Angeles Galindo Ospina
Documento de Identificación: C.C. X — C.E. — NIT — Número de documento: 28813034
Correo Electrónico: —
El representante del establecimiento autoriza la notificación electrónica: SI X — NO
Dirección de Notificación Electrónica: jose.gonzales082@hotmail.com
Departamento: CUNDINAMARCA — MUNICIPIO: Viani

## IDENTIFICACIÓN DEL TRANSPORTE DE SERVICIO PUBLICO, OFICIAL, ESCOLAR, MIXTO Y PRIVADO.

TIPO DE VEHÍCULO: PUBLICO — OFICIAL — ESCOLAR — MIXTO X — PRIVADO/PARTICULAR
PLACA DEL VEHÍCULO:
NOMBRE DEL CONDUCTOR:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. — C.E. — Número de documento:
TURNO: AM — PM — HORA:

## MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | X | SOLICITUD DEL INTERESADO | | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | |
| SOLICITUD OFICIAL | | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | | SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS | |

OTRO — Especifique:

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR:

## EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| CUMPLE | Cuando cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO CUMPLE | Cuando NO cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar |
| NO APLICA | Cuando el aspecto a verificar no corresponde al objeto a vigilar |

## ASPECTOS A INSPECCIONAR Y VIGILAR (Marque con una X)

| ASPECTOS A VERIFICAR | DETALLE | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | DESCRIPCIÓN | ACCIÓN A REALIZAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados en el objeto de IVC incluyendo las áreas de atención al público y áreas de espera tales como terrazas, jardines aleros, parasoles entre otros. | X | | | / | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con zonas de fumadores | X | | | / | |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ej.: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros. | X | | | / | |
| 2. El establecimiento cuenta con las siguientes señalizaciones (Artículo 2 y Artículo 20 Literal b de la Ley 1335 de 2009 ):<br>1. Señalización "Ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y<br>2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad" | La señalización contará con la siguiente información:<br>Frase: ***"Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"***<br>Dimensiones del aviso dependiendo del área:<br>**Opc 1:** áreas menores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 30 cm de largo * 15 cm de ancho.<br>**Opc 2:** áreas mayores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 50 * 35 cm<br>El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300. | X | | | / | |
| | La señalización contara con la siguiente información<br>Frase: ***" Prohibida la Venta de Tabaco, Cigarrillos y sus derivados a menores de edad "***<br>*Parágrafo 1, artículo 2. Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas tabacaleras; ni empleará logotipos, símbolos, juegos de colores, que permitan identificar alguna de ellas.*<br>Dimensiones del aviso:<br>El tamaño del aviso será de 15 cm de largo * 30 cm de ancho.<br>El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300 | X | | | / | Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de CUNDINAMARCA | **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-146 |
| | **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009 | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. El establecimiento adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas que se encuentren fumando en el lugar. *Literal C, artículo 20 de la Ley 1335 de 2009*. | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el local o ponerse en contacto con la autoridad de policía. | | | | | **Si no cumple canalizar a ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN** |
| 4. El establecimiento cumple con las prohibiciones del uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre acceso de los menores de edad. *Parágrafo 3 del Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | Se debe verificar que los productos de tabaco no sean accesibles desde los estantes al público sin ningún tipo de control. | | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 5. El establecimiento cumple con las prohibiciones de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. *Artículos 14,15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009*. | Elementos promocionales o publicitarios tales como:<br>Vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados.<br>Exhibidores, elementos promocionales, entre | | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 6. Cumple con la prohibición de venta por unidad de productos de tabaco y sus derivados. Parágrafo del artículo 3 de la Ley 1335 de 2009. | A partir del 21 de Julio del 2011 quedó prohibida la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados. | | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 7. El etiquetado y empaquetado que se encuentre en el establecimiento cumple con las disposiciones del *artículo 13 de la Ley 1335 de 2009*, sobre advertencias sanitarias | Parágrafo 1°. Artículo 13, Ley 1335 de 2009. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente - 21 de Julio de cada año. Resolución 3961 de 2009 y Resolución 5914 de 2018. | | | | | **Si no cumple canalizar a** SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO |
| 8. El establecimiento cumple con la prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad. *Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.* | No vende, ni permite el consumo de tabaco y sus derivados a menores de edad. | | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| 9.El establecimiento no vende cigarrillos en cajetillas menores de 10 unidades | Verificar que las cajetillas de cigarrillos sean de mínimo 10 unidades de Cigarrillos | | | | | **Si no cumple canalizar a** POLICÍA |
| **ASPECTOS A INSPECCIONAR O VIGILAR EN MEDIOS DE TRANSPORTE (Marque con una X)** | | | | | | |
| 1. El medio de transporte cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco. | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados dentro del vehículo | | | | | **Si no cumple canalizar a** ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN |
| | No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados | | | | | |
| 2. Adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas cuando fuman al interior del vehículo | Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el vehículo o ponerse en contacto con la autoridad competente | | | | | |
| 3. Cuenta con los avisos alusivos a los ambientes libres de humo. *Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.* | La señalización contará con la siguiente información:<br>Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"<br>Dimensiones del aviso: | | | | | |

**FIRMA 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 19 del mes de 02 del año 2026 en la Ciudad de Ubaque

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del objeto de IVC o quien atendió la visita.

**OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VISITA**

**OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VISITA**

| **POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA** | |
|---|---|
| NOMBRE LIBIA ESPERANZA SOSA CAMELO | NOMBRE |
| CÉDULA: 21153341 | CÉDULA |
| CARGO Ingeniera de Alimentos | CARGO |
| INSTITUCIÓN: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- SAN JUAN DE RIO SECO | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |
| **POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONADO O VIGILADO** | |
| NOMBRE: JOSE MARIA GONZALEZ | NOMBRE |
| CÉDULA 79552245 | CÉDULA |
| CARGO: GERENTE | CARGO |
| INSTITUCIÓN: HOTEL RESORT | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |
| **TESTIGOS DE LA VISITA DE INSPECCIÓN Y/O VIGILANCIA** | |
| NOMBRE | NOMBRE |
| CÉDULA | CÉDULA |
| CARGO | CARGO |
| INSTITUCIÓN | INSTITUCIÓN |
| FIRMA | FIRMA |