# ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

CIUDAD: **BOGOTA** | FECHA: **18/03/2026** | ACTA N°: **RSA18M -218348**

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: **SECRETARIA DE SALUD BOGOTA**

## IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* CAMPO OBLIGATORIO

| | |
|---|---|
| *NOMBRE DEL PROPIETARIO | **MUÑOZ VALENCIA JUAN CARLOS** |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: **80.402.412** |
| *PLACA DEL VEHÍCULO | **GUR003** — *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** |
| TELÉFONOS | **3125769066** |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO | JMUÑOZ_1971@HOTMAIL.COM |
| *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN | **CARRERA 2B # 13 -126** |
| *DEPARTAMENTO | **BOGOTA D.C.** — *MUNICIPIO: **BOGOTA D.C.** |
| *CLASE DEL VEHÍCULO: | Camioneta [ ] Camión [X] Moto [ ] Otro [ ] Cuál: |
| *MARCA | **RAM** — *MODELO: **2020** — *COLOR: **BLANCO BANCHISA** |
| *TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO | **PERECEDEROS , REFRIGERADOS Y CONGELADOS** |
| SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: | SI [ ] NO [X] |
| *HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO | **DOM - DOM** — *NÚMERO DE TRABAJADORES: **1** |

## CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | | | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **N/D** | FAVORABLE | **X** | | **96%** |
| | | FAVORABLE CON | | | |
| | | 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 | CALIFICACIÓN |
|---|---|
| Aceptable (A) | Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Aceptable con Requerimiento (AR) | Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Crítico (C) | Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los |

## I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

| 1 | DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE | A | AR | I | HALLAZGOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | Diseño sanitario del vehículo. (*Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367,368,369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.*) | 12 | 6 | 0 | **ACEPTABLE SIN NOVEDAD** | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | **12** | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta | |

| 2 | EQUIPOS Y UTENSILIOS | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | Condiciones de los utensilios. (*Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.*) | 12 | 6 | 0 | **ACEPTABLE SIN NOVEDAD** | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | **12** | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta | |

| 3 | PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1 | Estado de salud.<br>*(Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)* | 13 | 6,5 | 0 | **ACEPTABLE SIN NOVEDAD** | C |
| 3.2 | Reconocimiento Médico<br>*(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | 4 | 2 | 0 | **ACEPTABLE SIN NOVEDAD** | 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.)* | 13 | 6,5 | 0 | **ACEPTABLE SIN NOVEDAD** | C |
| 3.4 | Educación y Capacitación<br>*(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)* | 6 | 3 | 0 | **ACEPTABLE SIN NOVEDAD** | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 36 | La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta | |

| 4 | SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Limpieza del vehículo. | 15 | 7,5 | 0 | | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 15 | La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta | |

| 5 | VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5.1 | Condiciones de conservación del producto.<br>*(Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373.*<br>*Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99.*<br>*Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7, 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)* | 20 | 10 | 0 | **ACEPTABLE SIN NOVEDAD** | C |
| 5.2 | Empaque, Rotulado y vida útil.<br>*(Decreto 561 de 1984, Art. 73.*<br>*Decreto 5109 de 2005.*<br>*Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)* | 5 | 2,5 | 0 | **ACEPTABLE SIN NOVEDAD** | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | 25 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta | |

## II. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | |
|---|---|---|---|---|
| 100% | X | **FAVORABLE** | 90-100% | 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. |
| | | **FAVORABLE** CON REQUERIMIENTOS | 60 - 89,9% | |
| | | **DESFAVORABLE** | < 59,9% | |

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

| | |
|---|---|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | **1** |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | **1** |

## 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: **NO APLICA**

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

**SIN NOVEDAD**

**Por parte del establecimiento:**

**SIN NOVEDAD**

## VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

para constancia previa lectura y ratificacion del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita hoy 18 del mes de **MARZO** del año **2026** en la ciudad de **BOGOTA D.C.**

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

| | |
|---|---|
| FIRMA DIGITAL:  | FIRMA: |
| **NOMBRE: CESAR OSPINA** | NOMBRE: |
| **CÉDULA: 80871936** | CÉDULA: |
| **CARGO:TEC SANEAMIENTO** | CARGO: |
| **INSTITUCIÓN: HOSPITAL IBEROAMERICANO** | INSTITUCIÓN: |