Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección Vigilancia y Control higiénico sanitaria a Vehículos transportadores de alimentos y materias primas para alimentos

Acta Número
AS11C 014143

E.S.E SUR OCCIDENTE — Fecha: DD 17 MM 04 2026

10569298630GFurgio

IDENTIFICACIÓN DEL VEHICULO

ID Vehiculo:	Numero de Inscripción:	Número de Carpeta:

Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección

Dirección donde se realiza la inspección: Cra 106 # 15 a - 03

Localidad: Fontibón

UPZ: Zona Franca — Barrio: Compostela

Nombre del propietario del vehículo: Yuli paila Carbajal Jojoa

Tipo de documento: C.C ☐ C.E. ☐ NIT. ☒ PEP. ☐ PTP. ☐ — Número: 1089478552

Correo Electronico para notificación: bravoverde@hotmail.com — Teléfono 3128836738

Dirección de notificación: Cañe 26 No. 2 - 52 Popayan

Nombre del propietario del producto: Jesus Enuar Muñoz Bravo

Tipo de documento: C.C ☒ C.E. ☐ NIT. ☐ PEP. ☐ PTP. ☐ — Número: 15815661

Correo Electronico para notificación:

Dirección de notificación: — Teléfono

Linea de Intervención Alimentos sanos y seguros

Clase de vehiculo Camioneta — Tipo de Carroceria Furgon

Modelo: 1990 — Marca: Mazda — Placa: NKK329

Sistema de Refrigeración: SI ☐ NO ☒

Número de trabajadores: 2 — Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 Horas ☒ Otro:

Días de Funcionamiento: Lunes a Viernes ☐ Domingo a Domingo Fin de Semana ☒ Otro: ☐

Tipo de productos que trasnporta Alimentos varios

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DIA	MES	AÑO

Favorable	☒
Favorable con requerimientos	☐
Desfavorable	☐

% De cumplimiento de la ultima inspección: \ %

MOTIVO DE LA VISITA

Programación ☐	Solicitud del interesado Numero de Radicado ☒	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 un X cuando el establecimiento cumple la **totalidad** de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento	AR	Marque con una X cuando el establecimiento cumple **parcialmente** los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.
Inaceptable	I	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple con **ninguno** de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.
Crítico	C	Marque con una X la casilla "C" cuando el incuplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores.

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

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

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

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
3.1 Estado de salud. (Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art, 14,Núm. 12.)	X 13	6,5	0	C
3.2 Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	X 4	2	0	Se evidencia certificado de Frotis con fecha 06/04/2026 C
3.3 Práticas higiénicas. (Resolución 2674/2013, Artículo 14, numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	X 13	6,5	0	C

Impresión Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

CONTINUACIÓN 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.4 Educación y Capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	X 5	3	0	Se evidencia certificado de manipulación de alimentos con fecha 17/07/2025 C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
4. SANEAMIENTO	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4.1 Limpieza del vehículo. (Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)	X 15	7,5	0	Se evidencia certificado de fumigación vehicular con fecha 10/04/2026 C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
5. VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1 Condiciones de conservación del producto. (Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)	X 20		0	
5.2 Empaque, Rotulado y vida útil. (Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)	X 5	2,5	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección Vigilancia y Control higiénico sanitaria a Vehículos transportadores de alimentos y materias primas para alimentos

Acta Número
AS11C 014143

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO (seleccione con una (x) el concepto sanitario a emitir)		Nivel de cumplimiento	En caso de uno o mas 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.
100%	X	Favorable	90-100%	
		Favorable con requerimientos	60-89.9%	
		Desfavorable	<59.9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

Número total de muestras tomadas	
Número del acta de toma de muestras	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Congelación	☐	Suspensión total de trabajos o servicios	☐
Decomiso	☐	Destrucción o desnaturalización	☐

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección

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 17 del mes de abril del año 2026 en la ciudad de Bogotá D. C.
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de (5) dias contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre: Fabian Andres Campos ortiz	Nombre:
Tipo de documento: cc	Tipo de documento:
Numero de documento: 1030652092	Número de documento:
Profesión u oficio: Tecnologo en Saneamiento	Profesión u oficio:
Firma:	Firma:
PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN	**TESTIGO**
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐	Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐
Número de documento:	Número de documento:
Cargo: Encargado:☐ Conductor☐	Firma:
Firma:	

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

Impresión Subdirección Imprenta Distrital DDI

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número AS14C 313253

Fecha: 17/04/2026

Nombre del establecimiento: NKK329

Nombre del producto: Alimentos varios

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

1. Cumple | 2. No Cumple | 3. No Aplica

Impresos Subdirección Imprenta Distrital DDI

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

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número

AS14C 313253

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

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre: fabian andres campos ortiz	Nombre:
Tipo de documento: CC	Tipo de documento:
Número de documento: 1030562092	Número de documento:
Cargo: TSA	Cargo:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

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