
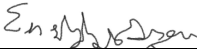


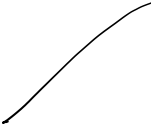
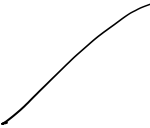


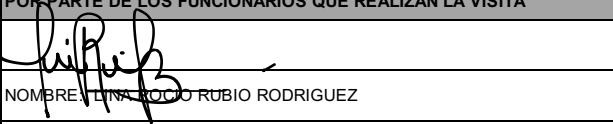
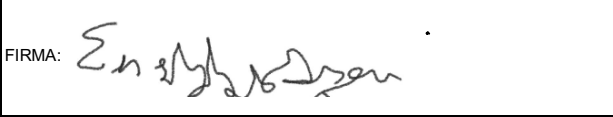



|  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
|--|---|-------------------------------------|--|---|--------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | <b>PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD</b><br><b>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA</b>  |                                     | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-113               |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
|  | Formulario de Inscripción Sanitaria para Sujetos o Establecimientos con Actividades de Almacenamiento, Expendio, Preparación y Consumo de Alimentos y Bebidas |                                     | Versión: 04                                |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| *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 <a href="mailto:habeasdata@saludpublica.gov.co">habeasdata@saludpublica.gov.co</a> |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| DEPARTAMENTO   | CUNDINAMARCA  | MUNICIPIO                           | VIOTA                                      | FECHA   | 13/05/26                 |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO   | 25  | CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO           | 878  | NÚMERO DE INSCRIPCIÓN   | 25645902021519-2         |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO</b><br>(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)   |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| <b>PERSONA JURÍDICA</b>  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| RAZÓN SOCIAL   | UNION TEMPORAL PAE PARA EL FUTURO - ESCUELA RURAL EL PIÑAL  |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE COMERCIAL   |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| *TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN  | NIT   | <input checked="" type="checkbox"/> | Número de Identificación Tributaria        | 902021519-2   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| <b>PERSONA NATURAL</b>   |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO   | (-----)   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO   | (-----)   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| *TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN  | C.C.  | (---)                               | C.E.                                       | (---)   | Número de documento      | (-----)                               |   |                                     |                          |                          |                          |
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO</b><br>(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)   |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| *DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO  | BARRIO CENTRO CORREGIMIENTO EL PIÑAL  |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| Rural  | <input checked="" type="checkbox"/>   | Urbano                              | <input type="checkbox"/>                   | Barrio  | CENTRO POBLADO EL PIÑAL  | Vereda                                |   |                                     |                          |                          |                          |
| Comuna   | <input type="checkbox"/>  | Localidad                           | <input type="checkbox"/>                   | Sector  |                          | Corregimiento                         | <input checked="" type="checkbox"/>       | Caserío                             | <input type="checkbox"/> | UPZ                      | <input type="checkbox"/> |
| Otro   | <input type="checkbox"/>  | Cuál:                               |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| TELÉFONO   | (-----)   |                                     | FAX:                                       | (-----)   |                          | CELULAR:                              | 321400990 - 3212002262                    |                                     |                          |                          |                          |
| CORREO ELECTRÓNICO:  | <a href="mailto:coordinacion.paelfuturo@gmail.com">coordinacion.paelfuturo@gmail.com</a>  |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA  | KR 68 b # 13-60 Bogota  |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA  | <a href="mailto:coordinacion.paelfuturo@gmail.com">coordinacion.paelfuturo@gmail.com</a>  |                                     |  |   |                          | Autoriza la notificación electrónica? | SI  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> |                          |
| *MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN  | BOGOTA  |                                     | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN | Cundinamarca  |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| Preparación Alimentos  | Restaurante   | <input type="checkbox"/>            | Expendio Alimentos                         | Expendio  | <input type="checkbox"/> | Venta Via Pública                     | Puesto fijo o estacionario                | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |
|  | Cafetería   | <input type="checkbox"/>            |  | Productos de la pesca   | <input type="checkbox"/> |                                       | Puesto móvil o ambulante                  | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |
|  | Panadería y/o Pastelería  | <input type="checkbox"/>            | Grandes Superficies                        | Hipermercado / Supermercado   | <input type="checkbox"/> |                                       | Estacionario con preparación de alimentos | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |
|  | Jugos, Frutería y/o Heladería   | <input type="checkbox"/>            | Ensamble Alimentos                         | Ensamble menú   | <input type="checkbox"/> |                                       | Ambulante con preparación de alimentos    | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |
| Comedores  | Programas sociales del estado   | <input type="checkbox"/>            | Almacenamiento                             | Ensamble refrigerio   | <input type="checkbox"/> | Expendio Bebidas Alcohólicas          |   | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |
|  | Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)  | <input type="checkbox"/>            |  | Almacenamiento a temperatura ambiente   | <input type="checkbox"/> | Plazas de Mercado                     | Plaza de Mercado                          | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |
|  |   |                                     |  | Dador de frio   | <input type="checkbox"/> |                                       | Central de Abasto                         | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |
| Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cármicos 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)   |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| <b>EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD</b><br>(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| ¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud?   |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>   |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| Fecha de última inspección   |   |                                     |  | Ultimo concepto sanitario emitido   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| Funcionario que realiza Inscripción:   |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b>  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| NINGUNA  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| NINGUNA  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE: EISER JONER IBÁÑEZ   |   |                                     |  | FIRMA:  |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| CEDULA: 21.015.423   |   |                                     |  | CARGO: ECONOMA  |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)   |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE: LINA ROCIO RUBIO RODRIGUEZ   |   |                                     |  | FIRMA:  |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| CEDULA: 1016038644   |   |                                     |  | EN CALIDAD DE: PROFESIONAL S.S.V.C.A.L.   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |
| Se entrega copia al interesado.  |   |                                     |  |   |                          |                                       |   |                                     |                          |                          |                          |

|  |   |  |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
|--|---|--|------------------------------------|------------------------------------|---|---|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|
|   | 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 <a href="mailto:habeasdata@saludpublica.gov.co">habeasdata@saludpublica.gov.co</a> |   |  |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| CIUDAD   | VIOTA   | FECHA  | 13/05/26                           | ACTA N°                            | 258780220-26  |   |                                  |                              |                          |
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO:   |   | Restaurante  | <input type="checkbox"/>           | Cafetería                          | <input type="checkbox"/>  | Panadería   | <input type="checkbox"/>         | Frutería                     | <input type="checkbox"/> |
|  |   | Comidas rápidas  | <input type="checkbox"/>           | Comedores                          | <input checked="" type="checkbox"/>   | Cud: ESCUELA RURAL EL PIÑAL                       |                                  |                              |                          |
| ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD   |   | SECRETARIA DE SALUD E CUNDINAMARCA   |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO   |   |  |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| * CAMPO OBLIGATORIO  |   |  |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| RAZÓN SOCIAL   |   | UNION TEMPORAL PAE PARA EL FUTURO - ESCUELA RURAL EL PIÑAL   |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| *CÉDULA / NIT  |   | 902021519-2  | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN             |                                    | 25645902021519-2  |   |                                  |                              |                          |
| *NOMBRE COMERCIAL  |   | (-----)  |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| *DIRECCIÓN   |   | BARRIO CENTRO CORREGIMIENTO EL PIÑAL   | MATRICULA MERCANTIL                |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| *DEPARTAMENTO  |   | CUNDINAMARCA   | *MUNICIPIO                         |                                    | VIOTA   |   |                                  |                              |                          |
| Barrio <input type="checkbox"/>  |   | Vereda <input type="checkbox"/>  | Comuna <input type="checkbox"/>    | Localidad <input type="checkbox"/> | Sector <input type="checkbox"/>   | Corregimiento <input checked="" type="checkbox"/> | Caserío <input type="checkbox"/> | UPZ <input type="checkbox"/> |                          |
| Otro <input type="checkbox"/>  |   | Cuál: BARRIO CENTRO CORREGIMIENTO EL PIÑAL   |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| TELÉFONOS  |   | 3212400990 - 3212002262  | FAX                                |                                    | (-----)   |   |                                  |                              |                          |
| CORREO ELECTRÓNICO   |   | coordinacion.paeelfuturo@gmail.com   |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO   |   | (-----)  |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION  |   | C.C. <input type="checkbox"/>  | C.E. <input type="checkbox"/>      | NIT <input type="checkbox"/>       | Número de documento   | (-----)   |                                  |                              |                          |
| *NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL  |   | YENNY PAOLA SANCHEZ SANCHEZ  |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACION   |   | C.C. <input checked="" type="checkbox"/>   | C.E. <input type="checkbox"/>      | NIT <input type="checkbox"/>       | *Número de documento  | 1053608791  |                                  |                              |                          |
| *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN   |   | KR 68 b # 13-60 Bogota   |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| *DEPARTAMENTO  |   | CUNDINAMARCA   | *MUNICIPIO                         |                                    | BOGOTA  |   |                                  |                              |                          |
| *HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO   |   | LUNES A VIERNES 8:00 AM 12:00 PM   | *NÚMERO DE TRABAJADORES            |                                    | 1   |   |                                  |                              |                          |
| CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA  |   |  |                                    |                                    |   |   |                                  |                              |                          |
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN  | PRIMERA VEZ   | FAVORABLE  |                                    | PRIMERA VEZ                        | %   |   |                                  |                              |                          |
|  |   | 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 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.<br><i>(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)</i> | 2  | 1                                  | 0                                  | El restaurante escolar se encuentra alrededor pasto propensos a la anidación de plagas y humedad, lo que aumenta riesgo de contaminación de los alimentos.  |   |                                  |                              |                          |
|  |   |  |                                    |                                    | C   |   |                                  |                              |                          |
| 1.2  | Condiciones de pisos y paredes.<br><i>(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)</i>  | 2  | 1                                  | 0                                  | Se evidencia que las uniones entre paredes, entre estas y con el piso no son redondeadas.<br>El Piso y Paredes presentan grietas y falta de continuidad facilitando la acumulación de suciedad<br>No cuenta con las tuberías y drenajes para la conducción y recolección de aguas residuales. |   |                                  |                              |                          |
|  |   |  |                                    |                                    | C   |   |                                  |                              |                          |
| 1.3  | Techos, iluminación y ventilación.<br><i>(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)</i>   | 2  | 1                                  | 0                                  | Los techos no estan contruidos en material impermeable, resistente, liso, Se evidencia acumulación de suciedad en ventilación y techos  |   |                                  |                              |                          |
|  |   |  |                                    |                                    | C   |   |                                  |                              |                          |

|                         |  |   |     |    |  |  |   |
|-------------------------|--|---|-----|----|--|--|---|
| 1.4                     | <b>Instalaciones sanitarias.</b><br><i>(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)</i>  | 4 | 2   | 0  |   |  | C |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE |  |   |     | 7  | La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta   |  |   |
| 2                       | <b>EQUIPOS Y UTENSILIOS</b>  | A | AR  | I  | <b>HALLAZGOS</b>   |  |   |
| 2.1                     | <b>Condiciones de equipos y utensilios.</b><br><i>(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Números 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Números 2 y 3. Artículo 34.)</i>  | 5 | 2,5 | 0  | El establecimiento no cuentan con termometro para llevar la trazabilidad de estas variables desde la recepcion de materia prima hasta el servicio de los alimentos a los niños de la institucion.  |  | C |
| 2.2                     | <b>Superficies de contacto con el alimento.</b><br><i>(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Números 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)</i>   | 7 | 3,5 | 0  | Las superficies de contacto directo con se encuentra sin emboquillar, con grietas que generan acumulacion de suciedad y aumento de microorganismos que pueden afectar la inocuidad en la preparacion de los alimentos en la institucion. |  | C |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE |  |   |     | 6  | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta   |  |   |
| 3                       | <b>PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS</b>   | A | AR  | I  | <b>HALLAZGOS</b>   |  |   |
| 3.1                     | <b>Estado de salud.</b><br><i>(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)</i>  | 7 | 3,5 | 0  | El personal manipulador se encuentran en óptimas condiciones de salud, asegurando así la adecuada higiene y seguridad en el manejo de los alimentos  |  | C |
| 3.2                     | <b>Reconocimiento médico.</b><br><i>(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)</i>   | 2 | 1   | 0  |   |  | C |
| 3.3                     | <b>Prácticas higiénicas.</b><br><i>(Resolución 2674/2013, Artículo 14, Números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)</i>   | 7 | 3,5 | 0  | Optima Higiene personal, uso adecuado de Dotación y evidencia de buenas practicas de lavado de manos   |  | C |
| 3.4                     | <b>Educación y capacitación.</b><br><i>(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)</i>   | 4 | 2   | 0  | El establecimiento cuenta con un plan de capacitación continuo y permanente para el personal no presenta Metodología, duración, responsables, cronograma, temas a tratar y evaluación  |  | C |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE |  |   |     | 18 | La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta   |  |   |
| 4                       | <b>REQUISITOS HIGIENICOS</b>   | A | AR  | I  | <b>HALLAZGOS</b>   |  |   |
| 4.1                     | <b>Control de materias primas e insumos.</b><br><i>(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Números 1, 3, 4 y 5 ; Artículo 35, Números 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)</i> | 5 | 2,5 | 0  |   |  | C |

|   |  |   |                              |         |   |    |  |
|---|--|---|------------------------------|---------|---|----|--|
| 4.2   | <b>Prevención de la contaminación cruzada.</b><br><i>(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)</i>   | 9   |                              | 0       | <div></div>   |    | C  |
| 4.3   | <b>Manejo de temperaturas.</b><br><i>(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)</i>   | 7   | 3,5                          | 0       | No Realizan monitoreo y control de temperaturas tanto en equipos como en proceso que garantice la trazabilidad y la inocuidad de los alimentos  |    | C  |
| 4.4   | <b>Condiciones de almacenamiento.</b><br><i>(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)</i>   | 4   | 2                            | 0       | No disponen area de almacenamiento adecuado para las materias primas y para los productos.  | NA | C  |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE   |  |   |                              | 16      | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta  |    |  |
| 5   | <b>SANEAMIENTO</b>   | A   | AR                           | I       | <b>HALLAZGOS</b>  |    |  |
| 5.1   | <b>Suministro y calidad de agua potable.</b><br><i>(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.)</i> | 7   | 3,5                          | 0       | El establecimiento dispone de suministro de agua potable en cantidad suficiente para las actividades que se realicen, así como para las operaciones de limpieza y desinfección. No se evidencia soportes de potabilidad de agua                                       |    | C  |
| 5.2   | <b>Residuos líquidos.</b><br><i>(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)</i>   | 4   | 2                            | 0       | Se observa que el área de preparación de alimentos no cuenta con un sistema de evacuación de aguas residuales (sifón o rejilla de piso). No permite evacuar los residuos de limpieza y proceso durante la operación   |    | C  |
| 5.3   | <b>Residuos sólidos.</b><br><i>(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)</i>  | 4   | 2                            | 0       | <div></div>   |    | C  |
| 5.4   | <b>Control integral de plagas.</b><br><i>(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)</i>  | 9   |                              | 0       |   |    | C  |
| 5.5   | <b>Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.</b><br><i>(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)</i>  | 7   | 3,5                          | 0       | Se evidencia limpieza limpieza de los equipos y áreas de servicio así mismo de cada uno de sus utensilios.  |    | C  |
| 5.6   | <b>Soportes documentales de saneamiento.</b><br><i>(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)</i>  | 2   | 1                            | 0       | El establecimiento cuenta con un plan de saneamiento escrito, acorde con su actividad, sin embargo no cuenta con la totalidd de los los registros que soportan el cumplimiento del plan de saneamiento, unicamente se evidencia formto de plan de saneamiento basico. |    | C  |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE   |  |   |                              | 24,5    | 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   |    | 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. |
| 72  | %  |   | FAVORABLE                    |         | 90-100%   |    |  |
|   |  | X   | 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 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:  |                 |               |
| NINGUNA   |                 |               |
| Por parte del establecimiento:  |                 |               |
| 15 raciones   |                 |               |
| VII. NOTIFICACION DEL ACTA  |                 |               |
| <p>Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 05 Marzo de 2026 del año 2025 en la Ciudad de San Antonio de Tequendama- Cundinamarca.</p> <p>De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.</p> <p>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.</p> |                 |               |
| POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA  |                 |               |
|    | FIRMA: (-----)  |               |
| NOMBRE: DIANA ROCIO RUBIO RODRIGUEZ   | NOMBRE: (-----) |               |
| CEDULA: 1016038644  | CÉDULA: (-----) |               |
| CARGO: PROFESIONAL S.S.V.C.AL.  | CARGO: (-----)  |               |
| INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA - SUBDIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA  | INSTITUCIÓN:    |               |
| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO   |                 |               |
| FIRMA:   | FIRMA: (-----)  |               |
| NOMBRE: EISER JONER IBAÑEZ  | NOMBRE: (-----) |               |
| CEDULA: 1016038644  | CÉDULA: (-----) |               |
| CARGO: ECONOMA  | CARGO: (-----)  |               |


|  |  |  |  |                                    |
|--|--|--|--|------------------------------------|
|  <div>Gobernación de<br/>Cundinamarca</div> | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA |  |  | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093       |
|  | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO                              |  |  | Versión: 03                        |
|  |  |  |  | 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 i 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"

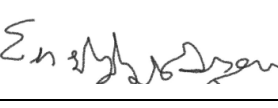
258780221-26


|  |  |           |                         |  |
|--|--|-----------|-------------------------|--|
| ANEXO ACTA DE VISITA   |  |           |                         |  |
| Ciudad y Fecha:  | VIOTA  |           | 13/05/26                |  |
| Nombre del establecimiento:  | UNION TEMPORAL PAE PARA EL FUTURO - ESCUELA RURAL EL PIÑAL |           |                         |  |
| Dirección:   | BARRIO CENTRO CORREGIMIENTO EL PIÑAL                       | Telefono: | 3212400990 - 3212002262 |  |
| Nombre del Producto:   | LEMILK   |           |                         |  |
| 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.   | +  |           |                         | LECHE EN POLVO ENTERA FORTIFICADA CON HIERRO<br>VITAMINAS A Y D3                                     |
| El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.  | +  |           |                         | LEMILK 200 g   |
| 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.<br>En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.  | +  |           |                         | fabricado por Tropical Fress Carrera 2 # No 3 - 285 Lote 22 c Parque industrial Bucaramanga II etapa |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L".  | +  |           |                         | Lote: 170326 13:39   |
| 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 16/MAR/2027  |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.   | +  |           |                         | (_____)  |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.   | +  |           |                         | RSA - 0016684-2021   |
| 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.   |  |           | +                       |  |
| 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

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| NOMBRE: AINA ROCIO RUBIO RODRIGUEZ   | Nombre: (_____)                 |
| Firma:  | Firma: (_____)                  |
| CEDULA: 1016038644   | Documento de identidad: (_____) |
| CARGO: PROFESIONAL S.S.V.C.AL.   | Cargo: (_____)                  |
















POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| NOMBRE:EISER JONER IBAÑEZ  | Nombre: (_____)                 |
| Firma:  | Firma: (_____)                  |
| CEDULA: 1016038644   | Documento de identidad: (_____) |
| Cargo: Economa   | Cargo: (_____)                  |

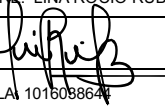
|  |  |  |  |                                    |
|--|--|--|--|------------------------------------|
|  <div>Gobernación de<br/>Cundinamarca</div> | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD<br>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA |  |  | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-093       |
|  | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO                              |  |  | Versión: 03                        |
|  |  |  |  | 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 i 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"

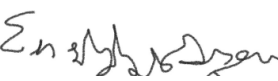
258780222-26

| ANEXO ACTA DE VISITA   |   |           |   |  |
|--|---|-----------|---|--|
| Ciudad   | VIOTA   |           | 13/05/26  |  |
| Nombre del establecimiento:  | UNION TEMPORAL PAE PARA EL FUTURO - ESCUELA RURAL EL PIÑAL                          |           |   |  |
| Dirección:   | BARRIO CENTRO CORREGIMIENTO EL PIÑAL  | Telefono: | 3212400990 - 3212002262   |  |
| Nombre del Producto:   | AREPASAN  |           |   |  |
| 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.  |    |           |   | 100% maíz  |
| 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.  |  |           |   | Peso 500g AREPASAN Harina Precocida de maíz blanco |
| 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.   |  |           |   | Alimento de bioingeniería Industria Colombiana     |
| Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L".  |  |           |   | LOTE 290326 10:56                                  |
| 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: 29/MAR/27                                   |
| Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.   |  |           |   | (_____)  |
| Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.   |  |           |   | PSA: 0002974-2019                                  |
| 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

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| NOMBRE: LINA ROCIO RUBIO RODRIGUEZ   | Nombre: (-----)                 |
| Firma:  | Firma: (-----)                  |
| CEDULA: 101608864  | Documento de identidad: (-----) |
| CARGO: PROFESIONAL S.S.V.C.AL.   | Cargo: (-----)                  |

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| NOMBRE:EISER JONER IBAÑEZ  | Nombre: (-----)                 |
| Firma:  | Firma: (-----)                  |
| CEDULA: 1016038644   | Documento de identidad: (-----) |
| Cargo: Economá   | Cargo: (-----)                  |