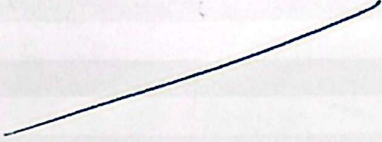
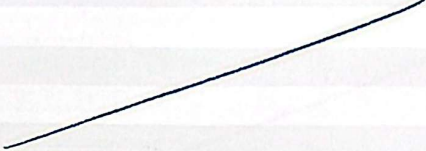
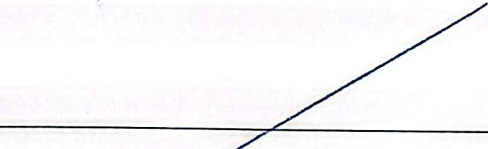


|                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| E.S.E.: <b>Sur Occidente</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                       | Fecha: <b>16 02 2026</b>                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO</b>                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| ID vehículo: <b>78449</b>                                                                                                                                                                                    | Número de Inscripción: <b>50121</b>                                   | Número de carpeta: <b>78449</b>                                                                                                                                                                                                |  |
| Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección:<br><b>Caps - Zona Franca</b>                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Dirección donde se realiza la inspección:<br><b>Kr 106 15A-32</b>                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Localidad: <b>Tontibon</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| UPZ: <b>Zona Franca</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                       | Barrio: <b>Piedra Cuadrada</b>                                                                                                                                                                                                 |  |
| Nombre del propietario del vehículo: <b>Pablo Esteban Christopolus Pineda</b>                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> |                                                                       | Número: <b>79.382090</b>                                                                                                                                                                                                       |  |
| Correo electrónico para notificación* <b>No tiene</b>                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Dirección de Notificación: <b>Cl 39 F Sur 68H-21</b>                                                                                                                                                         |                                                                       | Teléfono: <b>3134948759</b>                                                                                                                                                                                                    |  |
| Nombre del propietario del producto: <b>No aplica</b>                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>            |                                                                       | Número: <b>No aplica</b>                                                                                                                                                                                                       |  |
| Correo electrónico para notificación* <b>No aplica</b>                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Dirección de Notificación: <b>No aplica</b>                                                                                                                                                                  |                                                                       | Teléfono: <b>No aplica</b>                                                                                                                                                                                                     |  |
| Línea de intervención: <b>Alimentos Sanos y Seguros</b>                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Clase de vehículo: <b>Camioneta</b>                                                                                                                                                                          |                                                                       | Tipo de carrocería: <b>Furgón</b>                                                                                                                                                                                              |  |
| Modelo: <b>2025</b>                                                                                                                                                                                          | Marca: <b>Chevrolet</b>                                               | Placa: <b>NOK 501</b>                                                                                                                                                                                                          |  |
| Sistema de refrigeración: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Número de trabajadores: <b>2</b>                                                                                                                                                                             |                                                                       | Horario: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Otro: <b>—</b>                                                                                         |  |
| Días de funcionamiento: Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Domingo a domingo <input checked="" type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otro: <b>—</b>                                 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Tipo de productos que transporta: <b>Frutas y Verduras (otros vegetales).</b>                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN</b>                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN<br><b>17/02/2026</b>                                                                                                                                                           | Favorable <input checked="" type="checkbox"/>                         | % De cumplimiento de la última inspección<br><b>94 %</b>                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                              | Favorable con requerimientos <input type="checkbox"/>                 |                                                                                                                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                              | Desfavorable <input type="checkbox"/>                                 |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>MOTIVO DE LA INSPECCIÓN</b>                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Programación <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | Solicitud del interesado Número de radicado: <input type="checkbox"/> | Asociada a peticiones, quejas y reclamos Número de radicado: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                          |  |
| Solicitud oficial Número de radicado: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                               | Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/>           | Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                       |  |
| Otro: <input type="checkbox"/> Especifique:                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>EVALUACIÓN</b>                                                                                                                                                                                            |                                                                       | <b>CALIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                            |  |
| Aceptable                                                                                                                                                                                                    | <b>A</b>                                                              | Marque con una X cuando el vehículo cumple la <b>totalidad</b> de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.                                                                                        |  |
| Aceptable con Requerimiento                                                                                                                                                                                  | <b>AR</b>                                                             | Marque con una X cuando el vehículo cumple <b>parcialmente</b> los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.                                                                                           |  |
| Inaceptable                                                                                                                                                                                                  | <b>I</b>                                                              | Marque con una X cuando el vehículo no cumple con <b>ninguno</b> los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.                                                                                         |  |
| Crítico                                                                                                                                                                                                      | <b>C</b>                                                              | 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 vehículo continúe ejerciendo sus labores. |  |

\*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Hoja 1/4

| 1.CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |    |                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE                                                                                                                                                                                                                                           | A       | AR  | I  | HALLAZGOS                                                                                                                                  |
| 1.1 Diseño sanitario del vehículo.<br>(Decreto 561 de 1984, Art. 98.<br>Decreto 2278/1982 Art. 365, 367,<br>368, 369 y 373. Decreto 616 de<br>2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59.<br>Resol. 2674/2013. Art. 29,<br>Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004.<br>Art. 4.)                       | X<br>12 | 6   | 0  | <br>C                                                    |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                                                                        |         |     | 12 | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta                                                                           |
| 2. EQUIPOS Y UTENSILIOS                                                                                                                                                                                                                                                        | A       | AR  | I  | HALLAZGOS                                                                                                                                  |
| 2.1 Condiciones de los utensilios.<br>(Decreto 561 de 1984, Art. 98.<br>Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368.<br>Resolución 2505 de 2004, Art. 4.<br>Resol. 2674/2013. Art. 29,<br>Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2.<br>Resoluciones 683, 4142 y 4143<br>de 2012; 834 y 835 de 2013.) | X<br>12 | 6   | 0  | <br>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                                                                                                                                  |
| 3.1 Estado de salud.<br>(Resol. 2674/2013. Art. 11,<br>Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)                                                                                                                                                                                              | X<br>13 | 6,5 | 0  | <i>*Tratado de verduras (otras verduras).</i><br><br>C |
| 3.2 Reconocimiento Médico<br>(Resolución 2674 de 2013,<br>Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)                                                                                                                                                                                     | X<br>4  | 2   | 0  | <br>C                                                  |
| 3.3 Prácticas higiénicas.<br>(Resolución 2674/2013,<br>Artículo 14, Numerales 1, 2, 3,<br>4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14.<br>Artículo 36. Artículo 35,<br>Numeral 5 y 7.)                                                                                                   | X<br>13 | 6,5 | 0  | <br>C                                                  |

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

| CONTINUACIÓN<br>3. PERSONAL MANIPULADOR<br>DE ALIMENTOS                                                                                                                                                                 | A       | AR     | I  | HALLAZGOS                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|----|----------------------------------------------------------------------------|
| 3.4 Educación y Capacitación<br>(Resolución 2674/2013,<br>Artículos 12 y 13. Artículo 36.)                                                                                                                              | 6       | X<br>3 | 0  | No se evidencian un plan de Capacitación<br>Continua en alimentos<br><br>/ |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                 |         |        | 33 | La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta           |
| 4. SANEAMIENTO                                                                                                                                                                                                          | A       | AR     | I  | HALLAZGOS                                                                  |
| 4.1 Limpieza del vehículo.<br>(Resolución 2674/2013.<br>Art. 29, Núm. 4 y 5.)                                                                                                                                           | X<br>15 | 7,5    | 0  |                                                                            |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                 |         |        | 15 | La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta           |
| 5. VERIFICACIÓN SOBRE<br>EL PRODUCTO                                                                                                                                                                                    | A       | AR     | I  | HALLAZGOS                                                                  |
| 5.1 Condiciones de conservación<br>del producto.<br>(Decreto 2278/1982 Art. 368,<br>369, 373. Decreto 561 de 1984,<br>Art. 89, 97, 98, 99.<br>Resol. 2674/2013. Art. 29,<br>Núm. 6, 7, 8. Art. 30,<br>Parágrafo 1 y 2.) | X<br>20 |        | 0  |                                                                            |
| 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,<br>Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)                                                             | X<br>5  | 2,5    | 0  |                                                                            |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE                                                                                                                                                                                                 |         |        | 25 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta           |

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

| II. CONCEPTO SANITARIO |                                                                               |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| % De cumplimiento      | CONCEPTO <small>Seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir</small> | 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. |
| 97%                    | <input checked="" type="checkbox"/> Favorable                                 | 90-100%               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                        | <input type="checkbox"/> Favorable con requerimientos                         | 60-89,9%              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                        | <input type="checkbox"/> 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                         |   |

| IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Se debe ajustar el vehículo a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta |  |

| V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD |                                                                              |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Congelación <input type="checkbox"/>           | Suspensión total de trabajos o servicios <input checked="" type="checkbox"/> |
| Decomiso <input type="checkbox"/>              | Destrucción o desnaturalización <input type="checkbox"/>                     |

| VI. OBSERVACIONES                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Por parte de la autoridad sanitaria: <i>Al momento de la inspección no se evidenciaron productos a Bolívar.</i> |  |
| Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección:                                                |  |
| <i>Div. J. 2024</i>                                                                                             |  |

| VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy <u>16</u> del mes de <u>02</u> del año <u>2024</u> en la ciudad de Bogotá D. C. De la presente acta se deja copia en poder del interesado, propietario, representante legal, responsable del vehículo o quien atendió la inspección. |  |
| NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de (5) días contados a partir de la realización de la visita.                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |

| POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA                                                                                                                                                                          |  | POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA                                                                                                                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre: <i>Leonardo Cordero Cordero</i>                                                                                                                                                                      |  | Nombre:                                                                                                                                                                                           |  |
| Tipo de documento: <i>CC</i>                                                                                                                                                                                 |  | Tipo de documento:                                                                                                                                                                                |  |
| Número de documento: <i>90043933</i>                                                                                                                                                                         |  | Número de documento:                                                                                                                                                                              |  |
| Profesión u oficio: <i>Subsecretaría de Salud</i>                                                                                                                                                            |  | Profesión u oficio:                                                                                                                                                                               |  |
| Firma: <i>[Firma]</i>                                                                                                                                                                                        |  | Firma:                                                                                                                                                                                            |  |
| PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN                                                                                                                                                                            |  | TESTIGO                                                                                                                                                                                           |  |
| Nombre: <i>Pablo Esteban Christopolus Pinilla</i>                                                                                                                                                            |  | Nombre:                                                                                                                                                                                           |  |
| Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> |  | Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> |  |
| Número de documento: <i>79.382.090</i>                                                                                                                                                                       |  | Número de documento:                                                                                                                                                                              |  |
| Cargo: Encargado <input checked="" type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/>                                                                                                                      |  | Firma:                                                                                                                                                                                            |  |
| Firma: <i>Pablo Esteban Christopolus</i>                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                   |  |

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la Ley 9 de 1979, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011"

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