Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección sanitaria con enfoque de riesgo para establecimientos de preparación de alimentos

Acta Número
AS02C 154553

E.S.E.: Subred Sur occidente		Fecha	09 / 12 / 2025

CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO

ID Establecimiento: 363614	Número de Inscripción: AS0023348	Número de carpeta: 363614
Razón social: No tiene		
Nombre del establecimiento: Panadería los Taurus		
NIT: 79423541 DV 6	Sede: Unica	
Dirección: Cl 59P Sur 78J 04		
Ubicación: No aplica		
Localidad: Bosa	UPZ: Bosa Central	
Barrio: Jose Antonio Galan	Teléfonos 3132803361	
Correo electrónico para notificación*: hg19672017@gmail.com.		
Nombre propietario: Heiron Gomez Casallas		
Tipo de documento: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] PEP [ ] PS [ ] PTP [ ]	Número documento: 79423541	
Nombre representante legal: No tiene		
Tipo de documento: C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] PEP [ ] PS [ ] PTP [ ]	Número documento: No tiene	
Dirección de notificación: Cl 59P Sur 78J 04		
Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI [X] NO [ ] 02350803		
Línea de intervención: Alimentos Sanos y Seguros		
Intervención: Cafeterías, Panaderías, Fruterías		
Tipo de establecimiento: Panadería		
Número de trabajadores: 2	Horario: Diurno [X] Nocturno [ ] 24 horas [ ] Otro:	
Días de funcionamiento: Lunes a viernes [ ] Domingo a domingo [X] Fin de semana [ ] Otro:		

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	08 09 2023	Favorable [ ]		% De cumplimiento de la última inspección	39 %
		Favorable con requerimientos [X]			
		Desfavorable [ ]			

MOTIVO DE LA VISITA

Programación [X]	Solicitud del interesado [ ] Número de radicado:	Asociada a peticiones, quejas y reclamos [ ] Número de radicado:
Solicitud oficial [ ] Número de radicado:	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.

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DCI

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

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