San Juan de Pasto, 15 de abril del 2021

Doctora:
Trinidad Consuelo Zura Guerra
Supervisora contrato 156-2020
Centro Zonal La Hormiga
ICBF Regional Putumayo

Asunto: Aclaraciones proveedor contrato 156 2020

Cordial saludo,

La Fundación de Profesionales Enfocados a la Reconstrucción Social - FUNPERS operador responsable de la ejecución del contrato 156-2020 con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en el proceso de selección de proveedores realizado por la fundación evaluamos a varios dentro de la región, pero por diferentes incumplimientos en la entrega de documentos, presentamos 3 proveedores como se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla. Evaluación de proveedores

FUNPERS		LISTA DE EVALUACION DE PROVEEDORES								BIENESTAR FAMILIAR
NOMBRE PROVEEDOR	NIT	PRODUCTOS QUE PROVEE	REQUISITOS LEGALES	TIEMPO DE ENTREGA	CALIAD DE PRODUCTO	PRECIO	CREDITO	PLAZO DE ENTREGA	SERVICIO POSTVENTA	CALIFICACION
DISTRIBUIDORA PUTUMAYO	1082126575-4	ALIMENTOS	5	5	4	5	5	5	5	4,857142857
COMERCIALIZADORA COMPSUR SAS	900543674-9	ALIMENTOS	5	3	3	2	1	5	5	3,428571429
COMERCIALIZADORA JA SAS	901249642-7	ALIMENTOS	5	5	5	5	5	5	5	5

Según esto la mejor opción posible fue la Comercializadora Valle de Atriz JA SAS, ya que ofrece las mejores opciones de los criterios evaluados, que son Requisitos Legales, Tiempos de Entrega, Calidad de Producto, Precio, Crédito, Plazo de Entrega y Servicio Postventa. Ya que el segundo proveedor cuenta con muy buenas características dentro de la evaluación, se llego a acuerdos comerciales que dentro de su bodega se realizan los procesos logísticos de almacenamiento, embalaje y transporte tanto de las raciones para preparar como la de alimentos preparados dentro de las unidades de servicio en la modalidad de alternancia, y los procesos de legalización y facturación se realizan por parte de la Comercializadora Valle de Atriz JA SAS.

Por lo tanto, los productos que se adquieren para dar cumplimento en las compras locales son productos de la región que son los huevos y el frijol, siguiendo este orden de ideas se adjunta una certificación del proveedor dando certeza de lo mencionado anteriormente.

Se adjuntan un oficio aclaratorio del proveedor y los documentos legales del operador logístico de la región.

CLASIFICADO

Quedo atenta a sus comentarios y sugerencias.

Atentamente



JESSICA MAYALY URBANO ORDOÑEZ
Representante Legal
Fundación FUNPERS

CLASIFICADO

COMERCIALIZADORA
CVA VALLE DE ATRIZ JA SAS

San Juan de Pasto, 15 de abril del 2021

Señora
JESSIKA MAYALY URBANO ORDOÑEZ
Representante Legal
Fundación FUNPERS
Pasto, Nariño

Asunto: OFICIO ACLARATORIO CON RESPECTO A PRODUCTOS COMPRADOS EN PUTUMAYO.

Cordial saludo,

Yo JULIANA BURBANO ROMERO identificada con cedulad de ciudadanía 1.085.325.524 actuando como representante legal de la comercializadora Valle de Atriz JA SAS identificada con Nit 901249642-7, con el fin de brindar claridad frente a cualquier inquietud nos permitimos certificar a DISTRIGRANOS DEL PUTUMAYO identificada con Nit 1.082.126.575-4 opera como intermediaria frente a la venta y entrega de nuestros productos en el municipio del Valle del Guamuez (Putumayo) en el cual manejamos 50 cupos de la modalidad Comunitaria de los programas de primera infancia de ICBF y certificamos que los productos como El FRIJOL y los HUEVOS Y PRODUCTOS PEERCEDEROS se adquieren en la región del Putumayo cumpliendo con las directrices que emite ICBF en cuanto su adquisición de la compra local en la región para así apoyar el crecimiento y desarrollo de los productores de la región dando cumplimiento a las obligaciones contractuales de los servicios prestados.

Atentamente,



JULIANA BURBANO ROMERO
Representante Legal
Comercializadora Valle de Atriz JA SAS

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14745024600

(415)7707212489984(8020) 000001474502460 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 1 2 6 5 7 5	4	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís 4 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 1 2 6 5 7 5	2 0 0 7 0 7 2 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Guadalupe 3 1 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUESADA	CEBALLOS	CRISTIAN	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
DISTRIGRANOS DEL PUTUMAYO	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Villagarzón 8 8 5

41. Dirección principal: CR 5 10 34 BRR ROSADELA I

42. Correo electrónico: crisquesada@hotmail.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 3 9 9 8 0 9 9	3 0 4 6 4 1 9 6 6 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
4 6 3 1	2 0 1 8 0 1 0 1	4 7 2 1	2 0 1 8 0 1 0 1		4 9 2 3	4 7 6 1

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	4	2	4	8	5	0	5	2																

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
50 - No responsable de Consumo restauran
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 02 / 17 : 37: 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre QUESADA CEBALLOS CRISTIAN FERNANDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14745024600

(415)7707212489984(8020) **000001474502460 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 1 2 6 5 7 5	4	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís	4 6	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 0 1 0 2 9	
77. No. Matrícula mercantil	2 1 3 2 7 1	
78. Departamento	4 1	
79. Ciudad/Municipio	2 3	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 7 0 5 2 5		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14745024600

(415)7707212489984(8020) **000001474502460 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 1 2 6 5 7 5	4	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís	4 6	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 9 0 0 8 5 2 5		1 7 5 6 8 9 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ARTEAGA	YELA	PATRICIA	YALILE

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 3 0 2 2 2

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14745024600

(415)7707212489984(8020) **000001474502460 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 1 2 6 5 7 5	4	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís	4 6	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de productos alimenticios 4 6 3 1	

162. Nombre del establecimiento: DISTRIGRANOS DEL PUTUMAYO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Putumayo 8 6	Villagarzón 8 8 5	

165. Dirección: CL 3 CR 7 ESQ

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
4 0 3 9 9	2 0 1 1 0 1 2 5	
168. Teléfono: 3 1 4 3 9 9 8 0 9 9	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

invima

Secretaría de Salud del PUTUMAYO

CODIGO: FT-IVC-148 | VERSION: 01 | DE: 12 DE AGOSTO DE 2016

CIUDAD: Villagarzon | FECHA: 05 / 06 / 2020 | ACTA N°: 001

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: ALMACENAMIENTO A TEMPERATURA AMBIENTE [X] DADOR DE FRÍO [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SSD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Distrigranos del Putumayo

*CÉDULA / NIT: 1082126575-4 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN:

*NOMBRE COMERCIAL: Distrigranos del Putumayo

*DIRECCIÓN: B/ Rosadela 1 | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Putumayo | *MUNICIPIO: Villagarzon

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS: 3205622915 | FAX:

CORREO ELECTRÓNICO: distrigranosdelputumayo@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Cristian Fernando Quesada Ceballos

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1082126575

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Cristian Fernando Quesada Ceballos

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 1082126575

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cra#5 10-34

*DEPARTAMENTO: Putumayo | *MUNICIPIO: Villagarzon

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-S 8:00am-6:00pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 8

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año: Primera Visita			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE	/		
		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
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.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.6.)*	4 X	2	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2.)*	4 X	2	0	C

Escaneado con CamScanner

4.3	**Conservación de los productos.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3 Artículo 27, literales a y c, Artículo 28, numerales 2, 3.)*	8 X	4	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 23% del total del acta
5	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 3. 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.)*	5 X	2,5	0	El suministro de agua proviene del aqueducto del municipio C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	5 X	2,5	0	C
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)*	4 X	2	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9 X		0	C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 1 y 2. Resolución 2674/2013, Artículo 26 Numeral 1.)*	6 X	3	0	C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2 X	1	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 31% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
0,0 100%	X FAVORABLE	90-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
	DESFAVORABLE	< 59,9%

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.

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:

11

Escaneado con CamScanner

Por parte del establecimiento:
//

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 05 del mes de Junio del año 2020 en la Ciudad de Villagarzon.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Evelin Delgado	FIRMA:
NOMBRE: Evelin Delgado	NOMBRE:
CÉDULA: 1127077928	CÉDULA:
CARGO: T. Saneamiento	CARGO:
INSTITUCIÓN: ESSD	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 1098.688.731	CÉDULA:
CARGO: Subgerente Comercial Textiles.	CARGO:

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

INVIMA

DEPARTAMENTO: Putumayo | MUNICIPIO: Villagarzon | FECHA: 05/06/2020

CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 86 | CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 885 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 2751

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

8688510821265 75

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: Distigranos Del Putumayo

NOMBRE COMERCIAL: Distigranos Del Putumayo

NIT [X] Número de Identificación Tributaria: 1082126575-4

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: Distigranos Del Putumayo

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: Cristian Fernando Quesada Ceballos

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] Número de documento: 1082126575

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN / UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: B/ Rosadela 1 Cra #5 10-34

Rural [ ] Urbano [X] Barrio: B/ Rosadela 1 Vereda: [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: [ ]

TELÉFONO: 3205622915 FAX: [ ] CELULAR: 3205622915

CORREO ELECTRÓNICO: distigranosdelputumayo@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA: Cra #5 10-34

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: distigranosdelputumayo@gmail.com Autoriza la notificación electrónica? SI [X] NO [ ]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Villagarzon *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Putumayo

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
Comedores	Programas sociales del estado			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	X	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
				Dador de frío			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos 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)

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [X] NO [ ]

Fecha de última inspección (día/mes/año): 12/12/2019 Ultimo concepto sanitario emitio: Favorable

Funcionario que realiza Inscripción: Luis Vega

OBSERVACIONES:

Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

//

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

//

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: [illegible] FIRMA:

CÉDULA: [illegible] EN CALIDAD DE:

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: Evelin Carolina Delgado Arboleda FIRMA:

CÉDULA: 1122077928 EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado:

Impreso por: Grafipal Distribuidora - Nit: 1.122.782.017-3 / Cel: 312 774 7949

Escaneado con CamScanner

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

invima

Secretaría de Salud del PUTUMAYO

CODIGO: FT-IVC-013 | VERSION: 02 | DE: 12 DE AGOSTO DE 2016

CIUDAD: Villagarzon FECHA: 14/Agosto/20 ACTA N°: 054

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: S.S.D.

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* CAMPO OBLIGATORIO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO: Cristian Fernando Quesado

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1088272545

*PLACA DEL VEHÍCULO: MCY 777 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN:

TELÉFONOS: 3143998099

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: B/ Rosadela

*DEPARTAMENTO: Putumayo *MUNICIPIO: Villagarzon

*CLASE DEL VEHÍCULO: Camioneta [X] Camión [ ] Moto [ ] Otro [ ] Cuál:

*MARCA: NISSAN *MODELO: 2012 *COLOR: Plata

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: Granos, Paquetes Alimentarios

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI [X] NO [ ]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: Lunes, Domingo *NÚMERO DE TRABAJADORES: 2

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
	Primera Visita del año	FAVORABLE	1		%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		1	
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO: Especifique:

EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN
Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

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

	2 EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRITICO
2.1	Condiciones de los utensilios. *(Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	12 X	6	0		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	CRITICO
3.1	Estado de salud. *(Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)*	13 X	6,5	0		C
3.2	Reconocimiento Médico *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	4 X	2	0		C

Impreso por: Grafipal Distribuidora - Nit: 1.122.782.017-3 / Cel: 312 774 7949

Escaneado con CamScanner

3.3	Prácticas higiénicas. *(Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)*	13 X	6,5	0	C
3.4	Educación y Capacitación *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	6 X	3	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		36%		La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta
4	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS** — CRÍTICO
4.1	Limpieza del vehículo. *(Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)*	15 X	7,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		15%		La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta
5	**VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS** — CRÍTICO
5.1	Condiciones de conservación del producto. *(Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984. Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7, 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)*	20 X		0	C
5.2	Empaque, Rotulado y vida útil. *(Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)*	5 X	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		25%		La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
100% 0,0	X	FAVORABLE	90-100%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
		DESFAVORABLE	< 59,9%

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.

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 | X | No | Cuál: —

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

11

Por parte del establecimiento:

11

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 19 del mes de Agosto del año 2020 en la Ciudad de Villagarzon.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA		POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	Paola Andrea Bolaños	FIRMA:	Evelin Delgado
NOMBRE:	Paola Andrea Bolaños	NOMBRE:	Evelin delgado
CÉDULA:	1.123.324.802	CÉDULA:	1127077978
CARGO:	Tec. Saneamiento	CARGO:	TSA
INSTITUCIÓN:	S.S.D	INSTITUCIÓN:	SSD
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:	Daylorem Marcela Trejos	NOMBRE:	
CÉDULA:	1085251762	CÉDULA:	
CARGO:	Aux Admon y contable	CARGO:	

Impreso por: Grafipal Distribuidora - Nit: 1.122.782.017-3 / Cel: 312 774 7949

Escaneado con CamScanner

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

invima

Secretaría de Salud del PUTUMAYO

CODIGO: FT-IVC-013 | VERSION: 02 | DE: 12 DE AGOSTO DE 2016

CIUDAD Villagarzon FECHA 19/Agosto/16 ACTA N° 055

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD S.S.D.

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* CAMPO OBLIGATORIO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO Cristian fernando Quesada

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento 1082726515

*PLACA DEL VEHÍCULO ERK026 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

TELÉFONOS 3143998099

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN B/ Rosadela

*DEPARTAMENTO Putumayo *MUNICIPIO Villagarzon

*CLASE DEL VEHÍCULO: Camioneta [ ] Camión [X] Moto [ ] Otro [ ] Cuál

*MARCA JAC *MODELO 2016 *COLOR Rojo

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO Granos, Paquetes Alimentarios

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI [X] NO [ ]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO Lunes, Domingo *NÚMERO DE TRABAJADORES 3

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	Primera Visita	FAVORABLE	/	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	/ %
		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	CALIFICACIÓN
Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

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

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

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
3.1	Estado de salud. *(Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)*	13 X	6,5	0		C
3.2	Reconocimiento Médico *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	4 X	2	0		C

Impreso por: Grafipal Distribuidora - Nit: 1.122.782.017-3 / Cel: 312 774 7949

Escaneado con CamScanner

3.3	Prácticas higiénicas. *(Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)*	13 X	6,5	0	C
3.4	Educación y Capacitación *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	6 X	3	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		36%.		La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta
4	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS** / CRÍTICO
4.1	Limpieza del vehículo. *(Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)*	15 X	7,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		15%.		La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta
5	**VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS** / CRÍTICO
5.1	Condiciones de conservación del producto. *(Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7, 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)*	20 X		0	C
5.2	Empaque, Rotulado y vida útil. *(Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)*	5 X	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		25%.		La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
100%. 0,0	X	FAVORABLE	90-100%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
		DESFAVORABLE	< 59,9%

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.

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 X | Cuál: —

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

11

Por parte del establecimiento:

11

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 19 del mes de Agosto del año 2020 en la Ciudad de Villagarzon.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Paula A. Bolaños	FIRMA: Evelin Delgado
NOMBRE: Paula A. Bolaños	NOMBRE: Evelin Delgado
CÉDULA: 1.123.324.804	CÉDULA: 1127077928
CARGO: Tec. Saneamiento	CARGO: CSA
INSTITUCIÓN: S.S.D.	INSTITUCIÓN: SSD
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Daylorem Marcela Trejos	NOMBRE:
CÉDULA: 1085251762	CÉDULA:
CARGO: Aux Admon y Contable.	CARGO:

Impreso por: Grafipal Distribuidora - Nit: 1.122.782.017-3 / Cel: 312 774 7949

Escaneado con CamScanner