| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | FUNDACION HUMANITARIA CAMINO VERDE NIT 900.301477-6 | PROCESO Gestión de documental FORMATOS BPM Contrato de aporte N° 47002222025 | CTC 01.P | 03/06/2024 |
| | | | Versión 3 | Página 1 de 1 |

## FORMATO DE EVALUACION DEL TRANSPORTE Y CONDICIONES HIGIENICAS DEL VEHICULO DE ALIMENTOS

**MODALIDAD:** Educacion Inicial Hogar **FECHA:** Junio

**UDS:** Un Nuevo Saber

| ASPECTO PARA EVALUAR | C | NC | NA | OBERVACIONES | ACCIONES CORRECTIVAS |
|---|---|---|---|---|---|
| Los alimentos son transportados en vehículos térmicos y adecuado a la necesidad | ✓ | | | Si observacion | |
| El vehículo que transporta los alimentos se observa en óptimas condiciones higiénico-sanitarias | ✓ | | | Optimos | |
| El vehículo es utilizado únicamente paratrasportar alimentos. | ✓ | | | Buenos | |
| El menaje, canastillas, se observa en óptimascondiciones higiénico-sanitarias. | ✓ | | | Buenos | |
| Las estibas esta adecuado en cantidad y especificación, según lo requerido para cada alimento/ producto. | ✓ | | | Adecuado | |
| el vehículo tiene pisos adecuados | ✓ | | | Buen Estado | |
| el vehículo posee menaje o equipos necesarios para proteger las condiciones de los alimentos (frio-calor) | | | ✓ | Buenos | |
| Los manipuladores/ transportador usan indumentariaadecuada | | ✓ | | Sin observacion | |
| El servicio de transporte cumple con lo solicitado orden de compra en cantidad y producto. | ✓ | | | | |
| El servicio de cumple con el horario establecidopara la entrega de los alimentos | ✓ | | | | |

**C: CUMPLE**

**NC: NO CUMPLE N/A:NO APLICA**

D Gonzalez

**FIRMA DE RESPONSABLE DE UDS**

**FIRMA RESPONSABLE DE SALUD Y NUTRICION**

Scanned with CamScanner

| | FUNDACION HUMANITARIA CAMINO VERDE NIT 900.301477-6 | PROCESO Gestión de documental FORMATOS BPM Contrato de aporte N° 47002222025 | CTC 01.P | 03/06/2024 |
|---|---|---|---|---|
| | | | Versión 3 | Página 1 de 1 |

**FORMATO DE CONTROL EN EL PROCESO RECIBO /ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS**

**MODALIDAD:** Educación inicial en el Hogar **FECHA:** Junio

**UDS:** Un Nuevo Saber

| ASPECTO QUE EVALUAR | C | NC | NA | OBERVACIONES | ACCIONES CORRECTIVAS |
|---|---|---|---|---|---|
| El espacio destinado para el recibo y almacenamiento de alimentos se encuentra en adecuadas condiciones de organización, limpieza y desinfección. | ✓ | | | Buenas Cl | |
| Los alimentos o RPP se encuentran ubicadossobre estibas, canastillas o mesas plásticas como base, que impida el contacto directo de estos con el suelo. | ✓ | | | Sin observación | |
| El menaje, canastillas, estibas se observa en óptimas condiciones higiénico-sanitarias | ✓ | | | Buenas | |
| Las cantidades de los alimentos de RPP y refrigerios llegan acorde a lo solicitado y a lo establecido con la minuta patrón y a la minuta aprobada para entrega de refrigerios por grupo de edad. | ✓ | | | Sin observacion | |
| Las fechas de vencimiento de los alimentos que conforman la RPP y los refrigerios se encuentran vigentes. | ✓ | | | Buenas | |
| Los empaques de los alimentos que conforman la RPP se encuentran en buen estado y presentación, sellados yrotulados. | ✓ | | | Buenas | |

**C: CUMPLE**

**NC: NO CUMPLE N/A:NO APLICA**

D Gonzalez

**FIRMA DE RESPONSABLE DE UDS**

**FIRMA RESPONSABLE DE SALUD Y NUTRICION**

Scanned with CamScanner