Casanare

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

DEPARTAMENTO	Casanare	MUNICIPIO	PAZ DE ARIPORO	FECHA	20-03-2026
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	85	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	250	NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	BR250925030

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

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL			
NOMBRE COMERCIAL			
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT [ ]	Número de Identificación Tributaria	

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	RESTAURANTE DON MAURICIO		
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	MAURICIO RICO VEGA		
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. [X] C.E [ ]	Número de documento	9530381

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

*DIRECCION /UBICACION DEL ESTABLECIMIENTO	TERMINAL TRANSPORTE CASETA 10						
Rural [ ]	Urbano [X]	Barrio	FAVIFERIA	Vereda			
Comuna [ ]	Localidad [ ]	Sector [ ]	Corregimiento [ ]	Caserío [ ]	UPZ [ ]		
Otro [ ]	Cuál:						
TELÉFONO		FAX:		CELULAR:	3224759859		
CORREO ELECTRÓNICO:							
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA	TERMINAL TRANSPORTE						
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA		Autoriza la notificación electrónica?	SI [X]	NO [ ]			
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	PAZ DE ARIPORO	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	CASANARE				

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

Preparación Alimentos	Restaurante	X	Expendio Alimentos	Expendio		Venta Via Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
				Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores corporativos o penitenciarios (UEPSC)			Dador de frio			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 especifica 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	16-11-2021	Ultimo concepto sanitario emitio	FAV. CON REQUERIMIENTO		
Funcionario que realiza inscripción:	JOSÉ CARLOS VERGARA				

OBSERVACIONES:

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

CAMBIO DE PROPIETARIO Y RAZON SOCIAL. (LOS DERECHOS)

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

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

NOMBRE COMPLETO	MAURICIO RICO V	FIRMA:	MAURICIO RICO V
CÉDULA:	9530384	EN CALIDAD DE:	PROPIETARIO

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

NOMBRE COMPLETO	José Carlos Vergara Barrios	FIRMA:	JOSE VERGARA
CÉDULA:	1.069.470.171	EN CALIDAD DE:	Profesional de Apoyo

Se entrega copia al interesado

Powered by CamScanner

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS

CIUDAD: PAZ DE ARIPORO | FECHA: 20-03-2026 | ACTA N°:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [X] Cafetería [ ] Panadería [ ] Frutería [ ]
Comidas rápidas [ ] Carnicerías [ ] Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaría de Salud de Casanare

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL:
*CÉDULA / NIT: 9530361 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 8376953036 1
*NOMBRE COMERCIAL: RESTAURANTE DON MAURICIO
*DIRECCIÓN: TERMINAL TRANSPORTE | MATRICULA MERCANTIL:
*DEPARTAMENTO: CASANARE | *MUNICIPIO: PAZ DE ARIPORO
Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]
Otro [ ] Cuál: LAS TERRAZAS
TELÉFONOS: 322 475 9659 | FAX:
CORREO ELECTRÓNICO:
NOMBRE DEL PROPIETARIO:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento:
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: MAURICIO REYO VEGA
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 9530361
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: TERMINAL TRANSPORTE
*DEPARTAMENTO: CASANARE | *MUNICIPIO:
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 5a-3p m L-D | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 5

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	16/11/2021			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	80 %
		FAVORABLE			
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X		
		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.** *(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)*	(2)	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2, Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)*	(2)	1	0	C

Powered by CamScanner

1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8 Artículo 33, Numeral 4.)*	(2)	1	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, Artículo 32, Numeral 9 y 11.)*	4	(2)	0	SE COMPARTEN INSTALACIONES CON EL TERMINAL DE TRANSPORTE C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			8	La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta
2	**EQUIPOS Y UTENSILIOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
2.1	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	(5)	2,5	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 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)*	(7)	3,5	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**
3.1	**Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	(7)	3,5	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	2	1	(0)	NO PRESENTA SOPORTE DE CERTIFICADO MEDICO C
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.)	(7)	3,5	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	2	(0)	NO PRESENTA SOPORTE DE PLAN DE CAPACITACION. C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			14	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta
4	**REQUISITOS HIGIENICOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	(5)	2,5	0	C
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7, Artículo 18, Numeral 7, Artículo 20, Numeral 5. Artículo 35, Numeral 4.)*	(9)		0	C

Powered by CamScanner

					C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3,5	(0)	NO SE EVIDENCIA SOPORTES DE VENTILACION DE TEMPERATURAS C
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	(4)	2	0	NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			18	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta
5	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(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.)*	(7)	3,5	0	C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	(4)	2	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)	2	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	(9)			C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	7	3,5	(0)	NO PRESENTA SOPORTE DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2	1	(0)	NO PRESENTA SOPORTE DOCUMENTAL DE SANEAMIENTO BASICO. C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			24	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	
76	FAVORABLE	90-100%	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.
	X FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
	DESFAVORABLE	< 59,9%	

Powered by CamScanner

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:

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 20 del mes de MARZO del año 2026 en la Ciudad de **PAZ DE ARIPORO.**

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: JOSE VERGARA	FIRMA:
NOMBRE: José Carlos Vergara Barrios	NOMBRE:
CÉDULA: 1.069.470.171	CÉDULA:
CARGO: Profesional de Apoyo	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría de Salud de Casanare	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Mauricio Rico V	FIRMA:
NOMBRE: Mauricio Rico V	NOMBRE:
CÉDULA: 9530384	CÉDULA:
CARGO: Propietario	CARGO:

Powered by CamScanner