Instructivo de Diligenciamiento Formato de Reporte de Inscripción y Actividades de IVC en Establecimientos

Datos de entrada

No	NOMBRE DEL DATO	TIPO	CONDICIONES	INSTRUCCIONES
1	**Entidad Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal**	TEXTO	OBLIGATORIO	(Celda se autocompleta, no borrar fórmula)
2	**Fecha de inscripción**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digite en número la fecha de Inscripción, DIA/MES/AÑO, separados por un slash o diagonal (/). Ejemplo: 07/02/2022
3	**Departamento**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable el Departamento en el cual se ubica el establecimiento.
4	**Municipio**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable el Municipio en el cual se ubica el establecimiento
5	**COD Divipola Dpto**	NUMERICO	INDEPENDIENTE	(Celda se autocompleta, no borrar fórmula)
6	**COD Divipola Municipio**	NUMERICO	INDEPENDIENTE	(Celda se autocompleta, no borrar fórmula)
7	**Razón Social o Nombre**	ALFANUMERICO	OBLIGATORIO	Digite en MAYUSCULA la razón social o nombre del Establecimiento.
8	**Nombre comercial del Establecimiento**	ALFANUMERICO	OBLIGATORIO	Digite en MAYUSCULA el nombre comercial del Establecimiento.
9	**Tipo de documento**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable CC, NIT ó CE según corresponda.
10	**Número de NIT o Cédula o CE**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digite el número del documento sin espacios, sin puntos, sin comas.
11	**Ubicación / Dirección**	ALFANUMERICO	OBLIGATORIO	Digite en MAYÚSCULA la dirección completa con base en el **Anexo 5. Estandarización de abreviatura**. En caso de no encontrar en la selección la abreviatura del anexo 5, diligenciar la palabra completa en MAYÚSCULAS y sin tildes. El anexo 5 lo puede encontrar en www.invima.gov.co/Dirección de Alimentos y Bebidas/Otros alimentos y Bebidas/Entidades Territoriales/Documentos de Apoyo/Documento guía para la inscripción y el diligenciamiento del formato de reporte de inscripción de sujetos y objetos con actividades gastronómicas, de comercialización y transporte de alimentos y bebidas, objeto de inspección por las entidades territoriales de salud. Por ejemplo: CL 5 # 2 - 64 CS 22 MZ 31 BR LA PRADERA .
12	**Número del teléfono fijo o celular**	NUMERICO	OPCIONAL	Digite el número sin espacios, sin puntos, comas y sin guión, en caso de ser un número fijo indicar por ejemplo: 60 + Indicativo de la ciudad + número telefónico fijo de 7 dígitos
13	**Correo electrónico**	ALFANUMERICO	OPCIONAL	Digite correctamente el correo electrónico
	Tipo de establecimiento	TEXTO	OBLIGATORIO	Digite "SI" según corresponda para cada establecimiento, es decir no es necesario que en el resto de celdas se coloque NO
14				Restaurante
15				Cafetería
16				Panadería y /o Pastelería
17				Jugos, Frutería y /o heladería
18				Comidas Rápidas
19				Programas sociales del estado (incluye PAE, ICBF)
20				Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC), de la POLICÍA, EJÉRCITO
21				Expendio
22				Expendio de productos de la pesca.
23				Gran Superficie / Hipermercados y supermercados
24				Ensamble menú (Catering)
25				Ensamble Paquetes de alimentos (Refrigerios, Mercados, Anchetas, similares)
26				Almacenamiento a temperatura ambiente
27				Almacenamiento Dador de frío
28				Puesto fijo o estacionario
29				Puesto móvil o ambulante
30				Estacionario con preparación de alimentos
31				Ambulante con preparación de alimentos
32				Expendio Bebidas Alcohólicas
33				Plaza de Mercado
34				Central de abasto
35				Comercialización Leche Cruda EXPENDIO
36				Comercialización Leche Cruda AMBULANTE
37				Expendio Carnes
38				Almacenamiento de Carne
39	**Cuenta con Autorización Sanitaria (solo aplica para establecimientos de carnes Decreto 1500 de 2007)**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable SI, NO ó NO APLICA, según corresponda.
40	**Fecha de la Autorización Sanitaria**	NUMERICO	INDEPENDIENTE y OBLIGATORIO	Digite en número la fecha de autorización sanitaria al expendio de carne, DIA/MES/AÑO, separados slash (/). Ejemplo: 18/05/2022
41	**Identificación de Inscripción**	NUMERICO	INDEPENDIENTE	(Esta Celda, se completa automáticamente) en caso de desconfigurar o borrar la fórmula, la celda deberá diligenciarse con el número de inscripción acorde al instructivo (Código Divipola del Dpto + Código Divipola del municipio + Nit o Cédula)
42	**Fecha de INSPECCION**	NUMERICO	INDEPENDIENTE y OBLIGATORIO	Digite en número la fecha de la inspección al establecimiento, DIA/MES/AÑO, separados slash (/). Ejemplo: 23/04/2022
43	**Concepto Sanitario Vigente al momento del reporte**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable Favorable, Favorable con Requerimientos, Desfavorable, Pendiente o No se emite concepto, según corresponda.
44	**Porcentaje de Cumplimiento**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Dgite la calificación del establecimiento, por ejemplo digitar 80 y no 0,80
45	**Si no se emitió concepto sanitario aclarar el motivo**	TEXTO	OBLIGATORIO	Digitar la razón por la cual no se emitió concepto sanitario
46	**Se aplicó Medida Sanitaria de Seguridad**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable SI, ó NO
47	**Aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad al Establecimiento**	TEXTO	OPCIONAL	Seleccione de la Lista Desplegable la opción según corresponda la MSS aplicada a establecimientos
48	**Aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad a Objetos, Equipos y/o Productos**	TEXTO	OPCIONAL	Seleccione de la Lista Desplegable la opción según corresponda la MSS aplicada a objetos, productos, equipos
49	**Observaciones**	TEXTO	OPCIONAL	Digite brevemente si requiere complementar alguna información relevante
50	**Estado de la Inscripción**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable la opción según corresponda, es decir si el establecimiento está activo (funcionando) o inactivo (no se encuentra funcionando)
53	**Fecha de Notificación estado inactiva**	NUMERICO	INDEPENDIENTE	Digite en número la fecha de evidenciar la inactividad del establecimiento, en formato DIA/MES/AÑO, separados slash (/). Ejemplo: 23/04/2022
52	**Frecuencia futuras visitas**	NUMERICO	INDEPENDIENTE	Esta Celda, se completa automáticamente y es informativa para la programación para las visitas de seguimiento
53	**Actividad Invalida**	TEXTO	OPCIONAL	Celda exclusiva para el profesional asignado para invalidacion de actividades en los informes presentados por hospital. *Digite "SI" según corresponda para cada establecimiento, es decir no es necesario que se coloque NO

PREPARACION DE ALIMENTOS
COMEDORES
EXPENDIO ALIMENTOS
GRANDES SUPERFICIES
ENSAMBLE ALIMENTOS
ALMACENAMIENTO
VENTA EN VIA PUBLICA
EXPENDIO BEBIDAS ALCOHOLICAS
PLAZAS DE MERCADO
COMERCIALIZADOR LECHE CRUDA PARA CONSUMO HUMANO
EXPENDIO CARNES

Instructivo Diligenciamiento de Formato de Reporte de Inscripción y Actividades de IVC en Vehículos Transportadores

Datos de entrada

No	Nombre del dato	Tipo	Condiciones	Instrucciones
1	**Entidad Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal**	TEXTO	OBLIGATORIO	(Celda se autocompleta, no borrar fórmula)
2	**Vehículo Transportador**	Texto	Obligatorio	Seleccione de la Lista Desplegable si es VEHÍCULO TRANSPORTADOR DE ALIMENTOS o VEHÍCULO TRANSPORTADOR DE CARNE Y PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES
3	**Fecha de inscripción**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digite en número la fecha de Inscripción, DIA/MES/AÑO, separados slash (/). Ejemplo: 07/02/2022
4	**NÚMERO DE INSCRIPCIÓN**	Alfanumérico	Obligatorio	Digite en MAYÚSCULA la placa del vehículo, remolque o semiremolque, sin espacios, sin puntos, comas y sin guión. Ejemplo: CSI666
5	**Departamento**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable el Departamento en el cual se inscribe el vehículo.
6	**Municipio**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable el Municipio en el cual se se inscribe el vehículo.
7	**Tipo de Carrocería del vehículo**	Texto	Obligatorio	Seleccione de la Lista Desplegable el tipo de carrocería (ESTACAS, FURGON, MOTO, PANEL, REMOLQUE, SEMIRREMOLQUE, TANQUE, VAN, OTRO)
8	**¿Cuenta con caja, contenedor o cisterna, con aislamiento térmico (isotermo)?**	Texto	Obligatorio	Seleccione de la Lista Desplegable "SI" o "NO", según corresponda.
9	**¿Cuenta con unidad de frío?**	Texto	Obligatorio	Seleccione de la Lista Desplegable "SI" o "NO", según corresponda.
10	**Producto Transportado**	Texto	Obligatorio	Digite en MAYÚSCULA el producto que transporta. Ejemplo: DERIVADOS CÁRNICOS, LECHE, PAN, EMBUTIDOS, GASESOSA, PANELA, CARNE, POLLO, VISCERAS, ETC)
11	**Nombre del propietario del vehículo**	Texto	Opcional	Digite en MAYÚSCULA y sin tíldes el nombre completo de propietario del vehículo.
12	**Tipo de documento del Propietario del Vehículo**	Texto	Obligatorio	Seleccione de la Lista Desplegable (CC, NIT, CE)
13	**Número de documento del Propietario del Vehículo**	Numérico	Obligatorio	Digite el número del documento sin espacios, sin puntos, comas y sin guion. Ejemplo: 1030123456
14	**Número del teléfono fijo o celular**	Numérico	Opcional	Digite el número sin espacios, sin puntos, comas y sin guión, en caso de ser un número fijo indicar por ejemplo: 60 + Indicativo de la ciudad + número telefónico fijo de 7 dígitos
15	**Correo electrónico**	Alfanumérico	Opcional	Digite el correo electrónico correspondiente
16	**Dirección notificación (Persona Natural o Jurídica)**	Alfanumérico	Obligatorio	Digite en MAYÚSCULA la dirección completa con base en el **Anexo 5. Estandarización de abreviatura**. En caso de no encontrar en la selección la abreviatura del anexo 5, diligenciar la palabra completa en MAYÚSCULAS y sin tildes. El anexo 5 lo puede encontrar en www.invima.gov.co/Dirección de Alimentos y Bebidas/Otros alimentos y Bebidas/Entidades Territoriales/Documentos de Apoyo/Documento guía para la inscripción y el diligenciamiento del formato de reporte de inscripción de sujetos y objetos con actividades gastronómicas, de comercialización y transporte de alimentos y bebidas, objeto de inspección por las entidades territoriales de salud. Por ejemplo: CL 5 # 2 - 64 CS 22 MZ 31 BR LA PRADERA .
17	**Fecha de INSPECCION**	NUMERICO	INDEPENDIENTE y OBLIGATORIO	Digite en número la fecha de la inspección al vehículo, DIA/MES/AÑO, separados slash (/). Ejemplo: 23/04/2022
18	**Concepto Sanitario Vigente al momento del reporte**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable Favorable, Favorable con Requerimientos, Desfavorable o No se emite concepto, según corresponda.
19	**Porcentaje de Cumplimiento**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Dgite la calificación del vehículo, por ejemplo digitar 80 y no 0,80
20	**Si no se emitió concepto sanitario aclarar el motivo**	TEXTO	OBLIGATORIO	Digitar la razón por la cual no se emitió concepto sanitario
21	**VEHÍCULO cuenta con Autorización Sanitaria**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable SI, NO ó NO APLICA, según corresponda. (solo aplica para vehículo carnes Decreto 1500 de 2007)
22	**Se aplicó Medida Sanitaria de Seguridad**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable SI, ó NO
23	**Aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad al Vehículo**	TEXTO	OPCIONAL	Seleccione de la Lista Desplegable la opción según corresponda la MSS
24	**Aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad al Producto**	TEXTO	OPCIONAL	Seleccione de la Lista Desplegable la opción según corresponda la MSS
25	**Observaciones**	TEXTO	OPCIONAL	Digite brevemente si requiere complementar alguna información relevante
26	**Inscripción Vigente**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable la opción según corresponda, es decir si el vehículo está activo (transportando alimentos o carne) o inactivo (no se encuentra transportando alimentos o carne)

Instructivo Diligenciamiento de Formato de Reporte del Consolidado de actividades de IVC

Datos de entrada

No	Nombre del dato	Tipo	Condiciones	Instrucciones
1	**Departamento**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable el Departamento en el cual se ubica el establecimiento.
2	**Municipio**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable el Municipio en el cual se ubica el establecimiento
3	**Entidad Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal**	TEXTO	OBLIGATORIO	(Celda se autocompleta, no borrar fórmula)
4	**Objeto de Vigilancia**	TEXTO	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable si es ESTABLECIMIENTO o VEHÍCULO
5	**Fecha Período de Reporte**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digite en número la fecha, DIA/MES/AÑO, separados slash (/). Ejemplo: 07/02/2022
	ALIMENTOS			
6	**# DE VISITAS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número del consolidado de visitas
7	**# MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD APLICADAS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Medidas Sanitarias de Seguridad aplicadas
8	**# LEVANTAMIENTOS de MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Levantamientos de Medidas Sanitarias de Seguridad
	MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD			
9	**# CLAUSURA TEMPORAL TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Clausuras Temporales Totales
10	**# CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL DEL ESTABLECIMIENTO**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Clausuras Temporales Parciales
11	**# SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Suspensiones Totales
12	**# SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Suspensiones Parciales
13	**# DECOMISO DE OBJETOS Y PRODUCTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Decomisos
14	**# DESTRUCCIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Destrucciones
15	**# DESNATURALIZACIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Desnaturalizaciones
16	**# CONGELACIÓN**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Congelaciones
	CONCEPTO SANITARIO			
17	**FAVORABLE**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Favorables
18	**FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Favorables con Requerimientos
19	**DESFAVORABLE**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Desfavorables
20	**NO SE EMITE CONCEPTO**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de los que no se emitieron concepto
21	**# Verificaciones de Rotulado**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de las verificaciones de Rotulado realizadas en el período reportado
22	**# Muestras Tomadas**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de las Muestras Tomadas realizadas en el período reportado
23	**# Verificaciones de Publicidad**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de las verificaciones de Publicidad realizadas en el período reportado
	CARNES			
24	**# DE VISITAS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número del consolidado de visitas
25	**# MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Medidas Sanitarias de Seguridad
26	**# LEVANTAMIENTOS de MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Levantamientos de Medidas Sanitarias de Seguridad
27	**# Autorizaciones Sanitarias (Notificadas)**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Autorizaciones Sanitarias notificadas, si no están notificadas no se deberá indicar
	MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD			
28	**# CLAUSURA TEMPORAL TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Clausuras Temporales Totales
29	**# CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL DEL ESTABLECIMIENTO**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Clausuras Temporales Parciales
30	**# SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Suspensiones Totales
31	**# SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Suspensiones Parciales
32	**# DECOMISO DE OBJETOS Y PRODUCTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Decomisos
33	**# DESTRUCCIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Destrucciones
34	**# DESNATURALIZACIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Desnaturalizaciones
35	**# CONGELACIÓN**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Congelaciones
	CONCEPTO SANITARIO			
36	**FAVORABLE**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Favorables
37	**FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Favorables con Requerimientos
38	**DESFAVORABLE**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Desfavorables
39	**NO SE EMITE CONCEPTO**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de los que no se emitieron concepto
40	**# Verificaciones de Rotulado**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de las verificaciones de Rotulado realizadas en el período reportado
41	**# Muestras Tomadas**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de las Muestras Tomadas realizadas en el período reportado
42	**# Verificaciones de Publicidad**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de las verificaciones de Publicidad realizadas en el período reportado
	BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
43	**# DE VISITAS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número del consolidado de visitas
44	**# MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Medidas Sanitarias de Seguridad
45	**# LEVANTAMIENTOS de MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Levantamientos de Medidas Sanitarias de Seguridad
	MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD			
46	**# CLAUSURA TEMPORAL TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Clausuras Temporales Totales
47	**# CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL DEL ESTABLECIMIENTO**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Clausuras Temporales Parciales
48	**# SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Suspensiones Totales
49	**# SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Suspensiones Parciales
50	**# DECOMISO DE OBJETOS Y PRODUCTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Decomisos
51	**# DESTRUCCIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Destrucciones
52	**# DESNATURALIZACIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Desnaturalizaciones
53	**# CONGELACIÓN**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Congelaciones
	CONCEPTO SANITARIO			
54	**FAVORABLE**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Favorables
55	**FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Favorables con Requerimientos
56	**DESFAVORABLE**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Desfavorables
57	**PENDIENTE**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de Pendientes
58	**NO SE EMITE CONCEPTO**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de los que no se emitieron concepto
59	**# Verificaciones de Rotulado**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de las verificaciones de Rotulado realizadas en el período reportado
60	**# Muestras Tomadas**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de las Muestras Tomadas realizadas en el período reportado
61	**# Verificaciones de Publicidad**	NUMERICO	OBLIGATORIO	Digitar el número de las verificaciones de Publicidad realizadas en el período reportado

REPORTE DE INSCRIPCIONES Y ACTIVIDADES DE IVC EN ESTABLECIMIENTOS

EL REPORTE SE DEBE HACER TRIMESTRAL, EN LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES (ABR-JUL-OCT-ENE)
AL CORREO: contactoets@invima.gov.co

Entidad Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal (Celda formulada) NO BORRARLA	Fecha INSCRIPCIÓN día/mes/año	Departamental o Distrital o Municipal	Municipio	COD Divipola Dpto (Celda formulada) NO BORRARLA	COD Divipola Municipio (Celda formulada) NO BORRARLA	Razón Social o Nombre	Nombre comercial del Establecimiento	Tipo de documento	Número de NIT o Cédula o CE	Ubicación / Dirección	Número del teléfono fijo o celular	Correo electrónico
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Vergara	25	862	LINA VIVIANA GUERRA LEON	PANADERIA LAS DELICIAS DE VERGARA	CC	1074929415-1	CL 3 # 5 - 20 BR JUAN XXIII	3203492139	linavivianaguerraleon@gmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Vergara	25	862	GREIS XIMENA PARRA ROJAS	QUE PAN TAN BUENO	CC	1032442299	VDA LA MONTAÑA	3102289735	greisparra@outlek.co
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Vergara	25	862	HERMESENDA PEREZ ALFONSO	RESTAURANTE LOS NARANJOS	CC	21086368	VDA LAS CAJAS	3106752472	NO TIENE
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Vergara	25	862	YURY MIREYA OSPINA	MINIMERCADO M&J	CC	1069432085	CL 3 # 6 - 20 BR JUAN XXIII	3134245704	NO TIENE
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Vergara	25	862	MIRIAM YOLANDA VANEGAS RODRIGUEZ	SUPERMERCADO VANEGAS	CC	52192846-6	CL 3 # 5 - 15 BR JUAN XXIII	3103385274	yolanditavr@hotmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Vergara	25	862	WILLIAM MILLAN BALAMBA	BILLARES MILLAN	CC	3236348	CL 3 # 4 - 27 BR CENTRO	3125454176	cabinasnatalia@hotmail.com

Razón Social o Nombre	Preparación Alimentos					Comedores		Expendio Alimentos		Grandes Superficies	Ensamble Alimentos		Almacenamiento		Venta Vía Pública					Plazas de Mercado		Comercializador de leche cruda		Carnes y/o Productos Cárnicos Comestibles	
	Restaurante	Cafetería	Panadería y/o Pastelería	Jugos, Frutería y/o Heladería	Comidas Rápidas	Programas sociales del estado	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)	Expendio	Productos de la pesca	Hipermercado / Supermercado	Ensamble menú (Catering)	Ensamble Paquetes de alimentos (refrigerios, mercados, anchetas, etc)	Almacenamiento a temperatura ambiente	Dador de frío	Puesto fijo o estacionario	Puesto móvil o ambulante	Estacionario con preparación de alimentos	Ambulante con preparación de alimentos	Expendio Bebidas Alcohólicas	Plaza de Mercado	Central de Abasto	Comercialización Leche Cruda EXPENDIO	Comercialización Leche Cruda AMBULANTE	Expendio Carnes	Almacenamiento de Carne
LINA VIVIANA GUERRA LEON			SI																						
GREIS XIMENA PARRA ROJAS			SI																						
HERMESENDA PEREZ ALFONSO	SI																								
YURY MIREYA OSPINA								SI																	
MIRIAM YOLANDA VANEGAS RODRIGUEZ								SI																	
WILLIAM MILLAN BALAMBA																			SI						

Razón Social o Nombre	Cuenta con Autorización Sanitaria (sólo aplica para establecimientos de carnes Decreto 1500 de 2007)	Fecha de la Autorización Sanitaria	IDENTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN (Celda Concatenada con Divipola y Número de identificación) NO BORRARLA	Fecha INSPECCION día / mes / año	Concepto Sanitario Vigente al momento del reporte	Porcentaje de Cumplimiento %	Si no se emitió concepto sanitario aclarar el motivo	Se aplicó Medida Sanitaria de Seguridad	Aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad al Establecimiento	Aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad a Objetos, Equipos y/o Productos	Observaciones	Estado de la Inscripción	Fecha de Notificación estado inactiva día / mes / año		Actividad Invalida SI / NO
LINA VIVIANA GUERRA LEON	NO APLICA	NO APLICA	258621074929415-1	6/02/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	83,5	NO APLICA	NO	NO APLICA	NO APLICA		ACTIVO	N.A	9 MESES	
GREIS XIMENA PARRA ROJAS	NO APLICA	NO APLICA	258621032442299	9/02/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	65,0	NO APLICA	NO	NO APLICA	NO APLICA		ACTIVO	N.A	3 MESES	
HERMESENDA PEREZ ALFONSO	NO APLICA	NO APLICA	2586221086368	10/02/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	69,5	NO APLICA	NO	NO APLICA	NO APLICA		ACTIVO	N.A	3 MESES	
YURY MIREYA OSPINA	NO APLICA	NO APLICA	258621069432085	6/02/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	67,8	NO APLICA	NO	NO APLICA	NO APLICA		ACTIVO	N.A	3 MESES	
MIRIAM YOLANDA VANEGAS RODRIGUEZ	NO APLICA	NO APLICA	2586252192846-6	7/02/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	71,3	NO APLICA	NO	NO APLICA	NO APLICA		ACTIVO	N.A	6 MESES	
WILLIAM MILLAN BALAMBA	NO APLICA	NO APLICA	258623236348	10/02/2026	PENDIENTE	78,5	NO APLICA	NO	NO APLICA	NO APLICA		ACTIVO	N.A	6 MESES	

REPORTE DE INSCRIPCIONES Y ACTIVIDADES DE IVC EN VEHÍCULOS TRANSPORTADORES

Entidad Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal	Vehiculo Transportador	Fecha INSCRIPCION DEL VEHÍCULO día / mes / año	NÚMERO DE INSCRIPCIÓN (Placa del vehículo del remolque o semiremolque)	Departamental o Distrital o Municipal de Inscripción o de Actividad de IVC	Municipio de Inscripción	Tipo de Carrocería del vehículo	¿Cuenta con caja, contenedor o cisterna, con aislamiento térmico (isotermo)?	¿Cuenta con unidad de frío?	Producto transportado	Nombre del propietario del vehículo	Tipo de documento del Propietario del Vehículo	Número de documento del Propietario del Vehículo	Número del teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Dirección notificación (Persona Natural o Jurídica)	Fecha INSPECCION día / mes / año	Concepto Sanitario Vigente al momento del reporte	% Porcentaje de Cumplimiento	Si no se emitió concepto sanitario aclarar el motivo	VEHÍCULO cuenta con Autorización Sanitaria (solo aplica para vehiculo carnes Decreto 1500 de 2007)	Se aplicó Medida Sanitaria de Seguridad	Aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad al Vehículo	Aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad al Producto	Observaciones	Estado de la Inscripción
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

INFORME CONSOLIDADO ACTIVIDADES DE IVC

								ALIMENTOS																
								MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD									CONCEPTO SANITARIO							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Entidad Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal	Objeto de Vigilancia	Fecha Periodo de Reporte	# DE VISITAS	# Medidas Sanitarias de Seguridad Aplicadas	# Levantamientos de Medidas Sanitarias de Seguridad	# CLAUSURA TEMPORAL TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO	# CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL DEL ESTABLECIMIENTO	# SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS	# SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS	# DECOMISO DE OBJETOS Y PRODUCTOS	# DESTRUCCIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS	# DESNATURALIZACIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS	# CONGELACIÓN	# FAVORABLE	# FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	# DESFAVORABLE	# NO SE EMITE CONCEPTO	# Verificaciones de Rutinales	# Muestras Tomadas	# Verificaciones de Retalación Nutricional
Cundinamarca	Vergara	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	ESTABLECIMIENTO	20/02/2026	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	12	0	7
Total																						

INFORME CONSOLIDADO ACTIVIDADES DE IVC

					CARNES																				
									MEDIDA SANITARIAS DE SEGURIDAD								CONCEPTO SANITARIO								
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Entidad Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal	Objeto de Vigilancia	Fecha Periodo de Reporte	# DE VISITAS2	# MSS	# Levantamientos de MSS	# Autorizaciones Sanitarias Verificadas (Aplicativo)	# CLAUSURA TEMPORAL TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO3	#CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL DEL ESTABLECIMIENTO4	# SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS5	# SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS6	# DECOMISO DE OBJETOS Y PRODUCTOS87	# DESTRUCCIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS8	# DESNATURALIZACIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS9	# CONGELACIÓN10	# FAVORABLE11	# FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS12	# DESFAVORABLE13	# NO SE EMITE CONCEPTO14	# Verificaciones de Rotulado15	# Muestras Tomadas16	# Verificaciones de Publicidad17
Cundinamarca	Vergara	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	ESTABLECIMIENTO	28/02/2026	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total																									

INFORME CONSOLIDADO ACTIVIDADES DE IVC

					BEBIDAS ALCOHOLICAS																		
								MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD								CONCEPTO SANITARIO							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Entidad Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal	Objeto de Vigilancia	Fecha Periodo de Reporte	# DE VISITAS18	# MSS19	# Levantamientos de MSS20	# CLAUSURA TEMPORAL TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO21	# CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL DEL ESTABLECIMIENTO22	# SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS23	# SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS O DE SERVICIOS24	# DECOMISO DE OBJETOS Y PRODUCTOS25	# DESTRUCCIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS26	# DESNATURALIZACIÓN DE ARTÍCULOS O PRODUCTOS27	# CONGELACIÓN28	# FAVORABLE29	# FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS30	# DESFAVORABLE31	# PENDIENTE	# NO SE EMITE CONCEPTO32	# Verificaciones de Rotulado33	# Muestras Tomadas34	# Verificaciones de Publicidad35
Cundinamarca	Vergara	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	ESTABLECIMIENTO	28/02/2026	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Total																							1