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	
				Digite "SI" según corresponda para cada establecimiento, es decir no es necesario que en el resto de celdas se coloque NO	
14	**Tipo de establecimiento**	TEXTO	OBLIGATORIO	Restaurante	**PREPARACION DE ALIMENTOS**
15				Cafetería	
16				Panadería y /o Pastelería	
17				Jugos, Frutería y /o heladería	
18				Comidas Rápidas	
19				Programas sociales del estado (incluye PAE, ICBF)	**COMEDORES**
20				Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC), de la POLICÍA, EJÉRCITO	
21				Expendio	**EXPENDIO ALIMENTOS**
22				Expendio de productos de la pesca.	
23				Gran Superficie / Hipermercados y supermercados	**GRANDES SUPERFICIES**
24				Ensamble menú (Catering)	**ENSAMBLE ALIMENTOS**
25				Ensamble Paquetes de alimentos (Refrigerios, Mercados, Anchetas, similares)	
26				Almacenamiento a temperatura ambiente	**ALMACENAMIENTO**
27				Almacenamiento Dador de frío	
28				Puesto fijo o estacionario	**VENTA EN VIA PUBLICA**
29				Puesto móvil o ambulante	
30				Estacionario con preparación de alimentos	
31				Ambulante con preparación de alimentos	
32				Expendio Bebidas Alcohólicas	**EXPENDIO BEBIDAS ALCOHOLICAS**
33				Plaza de Mercado	**PLAZAS DE MERCADO**
34				Central de abasto	
35				Comercialización Leche Cruda EXPENDIO	**COMERCIALIZADOR LECHE CRUDA PARA CONSUMO HUMANO**
36				Comercialización Leche Cruda AMBULANTE	
37				Expendio Carnes	**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	

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 tildes 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	Choachí	25	181	ANGEL ORLANDO BARON	PANADERIA Y PASTELERIA DE BARON	CC	1068973358	KR 2 # 5 - 38 BR EL BOSQUE	3212081463	baronix17@yahoo.es
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181	MARTHA FABIOLA CIFUENTES LOPEZ	POLLOS Y HUEVOS M Y J	CC	20485157	KR 2 # 2 - 31 BR EL BOSQUE	3204136973	marthacifuentes15@hotmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181	JOSUE MORA ORJUELA	AUTOSERVICIO PUNTO 1	CC	80390403	KR 3 # 6 - 03 BR EL BOSQUE	3107677913	josuemoraorjuela@gmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181	JUAN DE JESUS BARBOSA	SUPERMERCADO BARBOSA	CC	80390405	KR 3 # 6 - 23 BR EL BOSQUE	3118123420	jesusbarbosa.choachi@hotmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181	GILMA NATALIA ACOSTA DIAZ	TIENDA GILMA	CC	51609015	KR 1 CL 6 BR EL BOSQUE	3168274216	gilmanataliaacosta@gmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181	YURY GARCIA	MERCAFRUVER TATA	CC	1068976262	KR 3 # 6 - 77 BR EL BOSQUE	3102487488	yurye8344@gmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	11/03/2026	Cundinamarca	Choachí	25	181	YOHANA AREVALO HERNANDEZ	CASO PERDIDO	CC	52784049	KR 3 # 6 - 75 BR EL BOSQUE	3013836568	yohanahernandez@gmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181	MARTHA ISABEL RODRIGUEZ	PANADERIA ARISTI CHOACHI	CC	20483387	CL 5 # 3 - 33 BR CENTRO	3214726617	asandypatricia@yahoo.es
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181	ELVIA DOLORES RODRIGUEZ MARTINEZ	LA ESTALIA	CC	20484488	KR 4 # 4 - 21 BR CENTRO	3207001252	elujarodrima22@gmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181	RAQUEL MARTINEZ HERRERA	CAFE BAR HELADERIA RAQUEL MARTINEZ	CC	20483922	CL 4 KR 4 ESQUINA BR CENTRO	3138809536	raquel-867@hotmail.com
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181	DORIZ ABRIL	FRUTI CAMPO DEL ORIENTE	CC	52725510	CL 2 # 3 - 30 BR EL BOSQUE	3187099930	no reporta
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181							
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Choachí	25	181							

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	Cuenta con Autorización Sanitaria (solo aplica para establecimientos de carnes Decreto 1500 de 2007)	Fecha de la Autorización Sanitaria
ANGEL ORLANDO BARON			SI																								
MARTHA FABIOLA CIFUENTES LOPEZ								SI																			
JOSUE MORA ORJUELA			SI																								
JUAN DE JESUS BARBOSA								SI																			
GILMA NATALIA ACOSTA DIAZ								SI																			
YURY GARCIA								SI																			
YOHANA AREVALO HERNANDEZ		SI																									
MARTHA ISABEL RODRIGUEZ			SI																								
ELVIA DOLORES RODRIGUEZ MARTINEZ	SI																										
RAQUEL MARTINEZ HERRERA		SI																									
DORIZ ABRIL								SI																			

Razón Social o Nombre	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	Frecuencia futuras visitas	Actividad Invalida SI / NO
ANGEL ORLANDO BARON	251811068973358	10/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	70,5		NO				ACTIVO		6 MESES	
MARTHA FABIOLA CIFUENTES LOPEZ	2518120485157	10/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	84		NO				ACTIVO		9 MESES	
JOSUE MORA ORJUELA	2518180390403	10/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	67		NO				ACTIVO		3 MESES	
JUAN DE JESUS BARBOSA	2518180390405	10/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	74		NO				ACTIVO		6 MESES	
GILMA NATALIA ACOSTA DIAZ	2518151609015	10/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	76,5		NO				ACTIVO		6 MESES	
YURY GARCIA	251811068976262	11/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	73		NO				ACTIVO		6 MESES	
YOHANA AREVALO HERNANDEZ	2518152784049	11/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	79,5		NO			PRIMERA VEZ	ACTIVO		6 MESES	
MARTHA ISABEL RODRIGUEZ	2518120483387	21/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	88,5		NO				ACTIVO		9 MESES	
ELVIA DOLORES RODRIGUEZ MARTINEZ	2518120484488	21/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	81		NO				ACTIVO		9 MESES	
RAQUEL MARTINEZ HERRERA	2518120483922	21/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	79		NO				ACTIVO		6 MESES	
DORIZ ABRIL	2518152725510	11/03/2026	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	69,75		NO				ACTIVO		3 MESES	
	25181					NO				ACTIVO			
	25181					NO				ACTIVO			

REPORTE DE INSCRIPCIONES Y ACTIVIDADES DE IVC EN VEHÍCULOS TRANSPORTADORES

Entidad Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal	Vehículo Transportador	Fecha INSCRIPCION DEL VEHÍCULO día / mes / año	NÚMERO DE INSCRIPCION (Placa del vehículo del remolque o semirremolque)	Departamental o Distrital o Municipal de inscripción o de Actividad de IVC	Municipio de Inscripción	Tipo de Carroceria 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 vehículos cerrados 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

INFORME CONSOLIDADO ACTIVIDADES DE IVC

					ALIMENTOS																		
								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 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 Resultado	# Muestras Tomadas	# Verificaciones de Publicidad
Cundinamarca	Chochi	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	ESTABLECIMIENTO	PERIODO DE FEBRERO	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	46	0	0

Total																								

INFORME CONSOLIDADO ACTIVIDADES DE IVC

									CARNES																
									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 VISITAS2	# MSS	# Levantamientos de MSS	# Autorizaciones Sanitarias (Certificados)	# 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 PRODUCTOS7	# 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	Chocht	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	ESTABLECIMIENTO	PERIODO DE FEBRERO	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 ALCOHÓLICAS

								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	Chiachí	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	ESTABLECIMIENTO	PERIODO DE FEBRERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Total																								1