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 DIAS HABILES (ABR-JUL-OCT-ENE)

AL CORREO: contactoeris@ins.gov.co

Ámbito/ Territorial de Salud de Orden Departamental o Distrital o Municipal (Seleccionar una opción)	Cód.DEPARTAMENTO (Autocalculo)	Departamental o Distrital o Municipal	Municipio	Cód.Municipio Apto (Cuando aplique) (No Obligatorio)	Cód.Municipio Prestador (Cuando aplique) (No Obligatorio)	Razón Social o Nombre	Nombre comercial del Establecimiento	Tipo de Establecimiento	Número de NIT o Cédula o CC	Dirección / Ubicación	Número Cel. teléfono Fijo o celular	Correo electrónico	Preparación Alimentos				Comedores		Expendio Alimentos		Grandes Superficies	Encuentro Alimentos		Almacenamiento	Venta Vía Pública				Planes de Mercado		Comercializadoras de bolsa mundi		Carnes y/o Productos Cárnicos Comestibles					Cód.ESTABLECIMIENTO (Asignado por Sistema Cargue Masivo) (Diligenciar Número Nit sin DV)	Fecha RADICACIÓN (dia / mes / año)	Descripción Sanitaria Vigente al momento del Trámite	Tiempo de Funcionamiento en	En la vía exhibir concepto sanitario anterior al vigente	Ha aplicado Medida Sanitaria de Seguridad	Aplicado la Medida Sanitaria de Seguridad al Establecimiento	Aplicado la de Medida Sanitaria de Seguridad a Equipos, Enseres y/o Productos	Observaciones	Estado de la Inscripción	Fecha de Verificación visita / concepto sanitario dia / mes / año	Funcionario Responsable	Actividad a realizar IC / MM
													Restaurante	Cafeteria	Panaderia y/o Pastelería	Asador, Tostadora y/o Rosticería	Servicios Varios	Preparacion, en sitio del cliente	Comedores comedores y comisariatos (CARCEL)	Expendio	Productos de los cerros	Productos Procesamiento	Encuentro viaje (Cruceros)	Encuentro Alimentos (Alimentos, bebidas, etc)	Almacenamiento y preparación y venta de	Bolsa de agua	Puesto Fijo o Instalación	Rejas, venta y/o cierre	Estacionado con preparación de alimentos	Deshuerto con preparación de alimentos	Reparto Bebidas Alcohólicas	Planta de Beneficio	Centro de acopio	Comercializadora carne mundi SOMBRERO	Comercializadora carne mundi ARMELINDA	Expendio Carnes	Almacenamiento de carne	Distribución MAYORISTA (Con Cuarto Frio) (Con Vehículo Refrigerado) (Con Cuarto Frio y Vehículo Refrigerado)	Cafeteria Autoservicio Mercado																
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	MARIA ANDREA ALBA SUESCUN	CAFETINA	CC	35459484	KR 9 # 4 - 9 BRR CENTRO	3143561439																																									
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	MIRIAM ADRIANA HERRERA LEYVA	LA MOLIENDA CAFETERIA	CC	65554797	KR 9 # 5 - 84 BRR CENTRO	3214455536																																										
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	MARTHA PATRICIA AGUJAR LOZADA	CAFETERIA SANTA MARIA DEL CAMINO	CC	1082408	KR 9 # 5 A - 84B BRR CENTRO	3142764744																																										
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	SANTIAGO DIAZ	LA PIZZA DEL CENTRO	CC	80223648	KR 9 # 5 A - 84B BRR CENTRO	3123561247		X																																								
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	ANTENOR VALDEZ SUAREZ	PANADERIA Y PIZZERIA EXPRESS	CC	3142852	KR 9 # 5 A - 84B BRR CENTRO	3203561230				X																																						
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	SANTIAGO DIAZ	LA PIZZA DEL CENTRO	CC	80223648	KR 9 # 5 A - 84B BRR CENTRO	3123561247																																										
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	ANTENOR VALDEZ SUAREZ	PANADERIA Y PIZZERIA EXPRESS	CC	3142852	KR 9 # 5 A - 84B BRR CENTRO	3203561230				X																																						
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	CARMEN AURORA NAVAS RODRIGUEZ	CREMERIA CON TU CUCHARA	NIT	52170139	KR 9 # 5 A - 84B BRR CENTRO	3123561247																																										
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	MARTHA YANETH DE OLARTE	MCHITO CAFE	CC	35459484	KR 9 # 5 A - 84B BRR CENTRO	3123561247																																										
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	MARIA VALENCIA DIAZ MARQUEZ	CREMERIA CON TU CUCHARA	CC	35459484	KR 9 # 5 A - 84B BRR CENTRO	3123561247																																										
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000	CAMILO ANDRES RAMIREZ MEDINA	CREMERIA CON TU CUCHARA	CC	1016085425	KR 9 # 5 A - 84B BRR CENTRO	3123561247																																										
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Cundinamarca	Girardot	25	000																																											

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 ABRIL	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	0	0	41	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 ABRIL	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	# MS519	# Levantamientos de MS520	# 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 ABRIL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

Total																								1