

**EVALUACIÓN DEL PLAN DE PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS AMBULANTES**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____ UBICACIÓN _____

BASE DE OPERACIÓN: _____
(ESTABLECIMIENTO) (UBICACIÓN)COCINA AMBULANTES CAMIÓN DE COMIDA ____ CAMIÓN DE HELADOS ____ CASA RODANTE ____ CARRETILLA ____ OTROS ____ PROPIETARIO
DE NEGOCIO: _____ DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____

NÚMERO DE TELÉFONO : _____ NUEVO:: _____ REMODELADO: _____

DESAYUNO ____ Est. ALMUERZO ____ CENA ____ Est. ALIMENTOS ____ DÍAS Y HORA DE OPERACIÓN _____

FECHA DE INICIO DE CONSTRUCCIÓN: _____ FECHA DE APERTURA DEL NEGOCIO _____

PERMISOSE ENTREGA EL CÓDIGO SANITARIO DEL ESTADO (*105 CMR 590.000*) SÍ ____ NO ____ PENDIENTE ____SE REQUIERE GERENTE DE ALIMENTOS CERTIFICADO (*590.003 B*) SÍ ____ NO ____AUTORIZACIÓN DE (ZONIFICACIÓN/OCUPACIÓN/ (*departamento de construcción*) SÍ ____ NO ____ NA/____

AUTORIZACIÓN Y DEPARTAMENTO DE BOMBEROS SÍ ____ NO ____ N/A____

LICENCIA DE VENDEDORES AMBULANTES SÍ ____ NO ____ N/A____

AUTORIZACIÓN OBRAS PÚBLICAS SÍ ____ NO ____ N/A____

AUTORIZACION DE LA DIVISION DE PESQUERÍA MARINA SÍ ____ NO ____

SE PROPORCIONA MENÚ (*FC 8-201.12*) SÍ ____ NO ____ N/A____SE DESARROLLAN AVISOS AL CONSUMIDOR (*FC 3-603.11*) SÍ ____ NO ____ N/A____**(PARA ALIMENTOS CRUDOS Y SEMICRUDOS)**

COCINAR, Y SERVIR ____ COCINAR y MANTENER CALIENTE ____ COCINAR, MANTENER CALIENTE, FRESCO, RECALENTAR ____ N/A____

INSTALACIONES FÍSICASNOMBRE, DIRECCIÓN, # TELÉFONO EN UNIDAD DE MÓVIL (*min. 3 letras*) SÍ ____ NO ____VENTANAS Y PUERTAS CON MOSQUITERAS (*FC 6-202.15*) SÍ ____ NO ____ N/A____

SE PROPORCIONA PROTECCIÓN ANTI ESTORNUDOS SÍ ____ NO ____ N/A____

TIPO DE ACABADO MATERIAL DEL PISO ÁREA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS (*FC 6-201.11*)

LOSETA ____ BALDOSAS DE CERÁMICA ____ LOSETA ADHERENTE ____ OTRO ____

TIPO DE ACABADO MATERIAL DE PARED ÁREA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS(*FC 6-201.II*)
ACERO INOXIDABLE _____ BALDOSAS DE CERÁMICA ____ PRF ____ TABLAROCA ____

TIPO DE ACABADO MATERIAL DEL TECHO ÁREA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS (*FC 6-201.*)
TABLAROCA____ VINIL____ PRF____ METAL____

APARATOS DE ILUMINACIÓN PROTEGIDOS ÁREA PREPARACIÓN ALIMENTOS (*FC 6-202.II*) SÍ____NO____ N/A____
SE PROPORCIONAN INSTALACIONES DE BAÑO PARA EMPLEADOS FC 5-203.12) SÍ____NO____ UBICACIÓN_____

SE PROPORCIONAN ESCAPE Y SISTEMA DE RESPIRADERO

SE PROPORCIONAN SISTEMA DE RESPIRADERO (*FC 6-304.II*) & BOMBEROS DEPT SÍ____NO____ N/A____

TIPO DE CONTENEDORES DE BASURA Y GRASA(*FC5-501.13.-17*)
TRITURADOR ____ BASUREROS ____ BARRILES A PRUEBA DE PLAGAS _____

TIPO DE SUPERFICIE LOCALIZADO EN (*FC 5-501.115*)
CERÁMICA ____ ASFALTO ____ OTROS _____

INSTALACIONES DE PLOMERÍA, LAVADO DE MANOS Y LOZA

SE PROPORCIONA LAVAMANOS (*FC 5-203.II*) SÍ____NO____ N/A____

GRIFO COMBINADO/BÁLVULA MEZCLADORA (Min: 110° F) SÍ____NO____ N/A____

SE PROPORCIONA DRENAJE PARA TANQUE DE RESIDUOS SÍ____NO____ N/A____

TANQUE HECHO DE MATERIALES SEGUROS/DE CALIDAD ALIMENTARIA SÍ____NO____ N/A____

SE PROPORCIONA PILETA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS (*FC 3-302.15*) SÍ____NO____ N/A____

SE PROPORCIONAN PILETAS CON TABLEROS DE DESAGÜE (*FC 4-301.12*) SÍ____NO____ N/A____

(SE NECESITAN TRES (3) COMPARTIMENTOS)

TAMAÑO DEL TANQUE DE RETENCIÓN DE AGUA POTABLE _____

TAMAÑO DEL TANQUE DE RETENCIÓN DE RESIDUOS _____

INSTALACIONES/EQUIPOS DE COCINA

APROBADOS POR LA FUNDACIÓN NACIONAL DE SANEAMIENTO O EQUIVALENTE (*FC 4-205.10 & FC 201*) SÍ____NO____
41°F PARA EQUIPOS NUEVOS (*FC 3-501.16*) SÍ____NO____ N/A____

SE PROPORCIONAN CONTENEDORES AISLADOS SÍ____NO____ N/A____

SE PROPORCIONAN UNIDADES DE REFRIGERACIÓN

VOLUMEN REQUERIDO =#POR ALIMENTOS PREPARADOS x .085 **FC 4-30.11** _____ N/A____
TOTAL (FT³) (CANTIDAD)

SE PROPORCIONAN UNIDAD DE CONGELADOR _____ N/A____
TOTAL (FT³) (CANTIDAD)

SE PROPORCIONA EL SIGUIENTE EQUIPO DE COCINA (FC 4-301.11)

ESTUFA _____ HORNO DE CONVECCIÓN _____ FREIDORA _____

HORNO DE PIZZA _____ ASADOR _____ OLLA ARROCERA _____

AHUMADOR _____ VAPORERA _____ OTRO _____

SE PROPORCIONA MESA DE VAPOR (FC 4-301.11) YES NO N/A

COMIDAS CALIENTES _____

SE PROPORCIONA OTROS EQUIPOS DE MANTENIMIENTO DE CALOR

_____ (TIPO) _____ (CANTIDAD)

**DECLARACIÓN: CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA Y ENTIENDO
QUE SI SE REALIZA ALGÚN CAMBIO EN LOS PLANES O EN LA INFORMACIÓN ANTERIOR SIN
EL PERMISO DE LA DIVISIÓN DE INSPECCIONES DE SALUD ESTA PUEDE ANULAR ESTA
APROBACIÓN.**

Firma: _____ Título: _____

EVALUACIÓN DEL PLAN DE PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS AMBULANTES

PRINCIPAL APROBACIÓN FINAL POR: _____

Título: _____ Fecha: _____

APROBACIÓN FINAL POR: _____ Fecha: _____

Título: _____

PRF* - Polímeros reforzado con fibra

(REV. 2025)