

## Gerencia de Normativa y Aseguramiento de la Calidad Recaudos para el registro en el Sistema de Aseguramiento de la Calidad

- a) En caso de ser usuario nuevo, antes de realizar la solicitud deberá enviar al correo electrónico [normativaycalidadinn@gmail.com](mailto:normativaycalidadinn@gmail.com) la siguiente información en Formato PDF
- b) RIF y Poder Notariado Una vez que ya esté autorizado, deberá registrarse en el Sistema de Información Automatizado del Instituto Nacional de Nutrición (INN) para generar la planilla de solicitud emitida por este sistema.
- c) Toda la documentación deberá ser consignada en Taquilla Única del INN, ubicada en la Sede Central, en forma digital o impresa. En caso de ser digital debe ser escaneada en formato PDF y grabado en CD. En caso de impresión entregar en sobre o carpeta.

N°	Recaudo	Verificado
1	Planilla de la Solicitud emitida por el Sistema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Registro sanitario vigente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Identificación del representante de la empresa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Identificación de responsable del servicio de alimentación (copia de C.I.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Registro de información fiscal (Rif) vigente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Certificado de salud vigente del personal que labora en el servicio de alimentación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Certificado de bomberos vigente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	Curso de manipulación higiénica de alimentos del personal que labora en el servicio de alimentación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Caracterización de beneficiarios a atender	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	Fórmula dietética institucional (que incluya hojas de cálculos de aportes nutricionales)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11	Planificación de menú avalado por un profesional de la nutrición, con sello y firma.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12	Informe de las condiciones físicas o higiénicas del local, descripción de las áreas y equipos del servicio de alimentación (cocina, comedor), avalado por un profesional de la nutrición, con sello y firma.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13	Comprobante de Pago/). Por cada Tramite Realizado. (Imagen en Formato PDF	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____