INVIMA | **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS**

DEPARTAMENTO	PUTUMAYO	MUNICIPIO	MOCOA	FECHA	31/03/2026
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	86	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	001	NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	8600190193093 1

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	COOPERATIVA DE LOS PEQUEÑOS PRODUCTORES DEL PUTUMAYO
NOMBRE COMERCIAL	COPPROP
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT [X] — Número de Identificación Tributaria: 901939309-1

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. [ ] C.E [ ] — Número de documento:

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	BARRIO VILLA DEL RIO						
Rural [ ]	Urbano [X]	Barrio: VILLA DEL RIO	Vereda:				
Comuna:	Localidad:	Sector:	Corregimiento:	Caserío:	UPZ:		
Otro [ ]	Cuál: CALLE 13 12-1 B/ OBRERO						
TELÉFONO	FAX:	CELULAR: 3118071485					
CORREO ELECTRÓNICO:	cooperativapequenosproductores@gmail.com						
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA	CALLE 13 12-1 B/ OBRERO						
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA		Autoriza la notificación electrónica? SI [X] NO [ ]					
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	MOCOA	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	PUTUMAYO				

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Establecimiento con preparación de alimentos
	Jugos, Fruterías y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante sin preparación de alimentos
				Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas	
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	X	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado
	Comedores corporativos o particulares (URPE)			Dador de frío			Central de Abasto

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [X] NO [ ]

Fecha de última inspección	31/03/2026
Ultimo concepto sanitario emitio	FAVORABLE.
Funcionario que realiza inscripción:	Jhinet Mirely De la Cruz

OBSERVACIONES:
Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Carlos Andres Coryal	FIRMA: Carlos Andres Coryal
CÉDULA: 1030936753	EN CALIDAD DE: Jefe Bodega

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: Jhinet Mirely De la Cruz Carlosama	FIRMA: JHINET MIRELY DE LA CRUZ
CÉDULA: 1.120.216.317	EN CALIDAD DE: Técnico en Saneamiento.

Se entrega copia al interesado.

Scanned with CamScanner

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

CIUDAD: MOCOA | FECHA: 03/05/2016 | ACTA N°: 1428

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: ALMACENAMIENTO A TEMPERATURA AMBIENTE: X | DADOR DE FRÍO:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: COOPERATIVA DE LOS PEQUEÑOS PRODUCTORES DEL PUTUMAYO

*CÉDULA / NIT: 901939309-1 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: RSCO1901939309 1

*NOMBRE COMERCIAL: COPPROP

*DIRECCIÓN: B/ VILLA DEL RIO | MATRICULA MERCANTIL: S0005543

*DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | *MUNICIPIO: MOCOA

Barrio: X | Vereda: | Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Caserío: | URZ:

Otro: | Cuál:

TELÉFONOS: 3118071485 | FAX:

CORREO ELECTRÓNICO: cooperativapequenosproductorts@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. | C.E. | NIT | Número de documento:

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: LUIS CARLOS PIZO URREA

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | NIT | *Número de documento: 1.080.932.207

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CLL 13 12 - 1 B/ OBRERO

*DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | *MUNICIPIO: MOCOA

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: LUNES-VIERNES | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 2

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN: X	SOLICITUD DEL INTERESADO:	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS:
SOLICITUD OFICIAL:	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA:	SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.:

OTRO: | Especifique:

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	**Localización y diseño.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,3 y 2.6.)*	4 X	2	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2.)*	4 X	2	0	C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numerales 3, 4, 5.1, 7, 8.)*	4 X	2	0	C

Scanned with CamScanner

1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4.)*	5 X	2,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				17%	La calificación del bloque corresponde al 17% del total del acta
2	**EQUIPOS Y UTENSILIOS**	A	AR	I	**HALLAZGOS**
2.1	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	7 X	3,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				7%	La calificación del bloque corresponde al 7% del total del acta
3	**PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS**	A	AR	I	**HALLAZGOS**
3.1	**Estado de salud (signos/lesiones).** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	8 X	4	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	3 X	1,5	0	C
3.3	**Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	8 X	4	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	3 X	1,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				22%	La calificación del bloque corresponde al 22% del total del acta
4	**REQUISITOS HIGIENICOS**	A	AR	I	**HALLAZGOS**
4.1	**Recepción y requisitos legales.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, Artículo 37. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011.)*	7 X	3,5	0	C
4.2	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 28, numerales 1, 4, 5, 6, 7.)*	8 X	4	0	C
4.3	**Conservación de los productos.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3 Artículo 27, literales a y c, Artículo 28, numerales 2, 3.)*	8 X	4	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				23%	La calificación del bloque corresponde al 23% del total del acta

Scanned with CamScanner

5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 3. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	5	2,5 X	0	El establecimiento se abastece del acueducto municipal. C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	5 X	2,5	0	C
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)*	4 X	2	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9 X		0	C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 1 y 2. Resolución 2674/2013, Artículo 26 Numeral 1.)*	6 X	3	0	C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2 X	1	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			28.5%	La calificación del bloque corresponde al 31% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
97.5%	X FAVORABLE	90-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
	DESFAVORABLE	< 59,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si | NO X | Cuál:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Scanned with CamScanner

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 31 del mes de Mayo del año 2026 en la Ciudad de Macao.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: JHINET MIRELY DE LA CRUZ	FIRMA:
NOMBRE: Jhinet Mirely De la Cruz	NOMBRE:
CÉDULA: 1.120.216.317	CÉDULA:
CARGO: Técnico en Saneamiento.	CARGO:
INSTITUCIÓN: S.S.D.	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Carlos Andres vargal	FIRMA:
NOMBRE: Carlos Andres Vargas	NOMBRE:
CÉDULA: 1088936753	CÉDULA:
CARGO: Jefe Bodega.	CARGO:

Scanned with CamScanner