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

DEPARTAMENTO	Huila	MUNICIPIO	Garzón	FECHA	18/03/26
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	41	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	298	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	4129889110024

IDENTIFICACION 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	Corporación el Minuto de Dios de Garzón.
NOMBRE COMERCIAL	Centro de Desarrollo Infantil Garrapiños
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT [X] Número de Identificación Tributaria 891.101.024-3.

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	Cl 20 # 4A 29.								
Rural [ ]	Urbano [X]	Barrio	El minuto.	Vereda					
Comuna [ ]	Localidad [ ]	Sector [ ]	Corregimiento [ ]	Caserío [ ]	UPZ [ ]				
Otro [ ]	Cuál:								
TELÉFONO	8332624.	FAX:		CELULAR:					
CORREO ELECTRÓNICO:	administrativo@corpmidi.com.								
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA	Cl 20# 4A 29.								
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	administrativo@corpmidi.com			Autoriza la notificación electrónica?	SI [X]	NO [ ]			
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Garzón	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Huila						

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

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Públics	Puesto fijo o estacionario		
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante		
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos		
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos		
				Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas			
Comedores	Programas sociales del estado	X	Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado		
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			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 [ ] NO [ ]

Fecha de última inspección	dia/mes/año	Ultimo concepto sanitario emitio	
Funcionario que realiza Inscripción:			

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: PAULA JHIMAR RIVERA VILLA	FIRMA:
CÉDULA: 1.075.316.651	EN CALIDAD DE: INSPECTOR DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

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

NOMBRE COMPLETO: X Diana Alexandra Rojas Cano.	FIRMA: X Diana A Rojas Cano
CEDULA: X 1077860333	EN CALIDAD DE: X Aux. Administrativo

Se entrega copia al interesado

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA — GOBERNACIÓN DEL HUILA

CIUDAD: Garzón. FECHA: 18/03/2026 ACTA N°: 4129889111601024

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [ ] Cafetería [ ] Panadería [ ] Frutería [ ] Comidas rápidas [ ] Comedores [X] Cuál: ICBF.

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Corporación el minuto de Dios de Garzón.
*CÉDULA / NIT: 891.101.024-3 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 4129889111601024
*NOMBRE COMERCIAL: Centro de Desarrollo Infantil Gorriones.
*DIRECCIÓN: Cl 20 # 4A 29 MATRICULA MERCANTIL:
*DEPARTAMENTO: Huila *MUNICIPIO: Garzón.
Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]
Otro [ ] Cuál: El minuto.
TELÉFONOS: 8332624. FAX:
CORREO ELECTRÓNICO: administrativa@corpmidi.com.
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Corporación el minuto de Dios de Garzón.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [C] C.E. [ ] NIT [X] Número de documento: 891.101.024-3
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Juan felipe Trujillo Yanegas.
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 7.709.389
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cl 20 # 4A - 29.
*DEPARTAMENTO: Huila *MUNICIPIO: Garzon.
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 8Am - 4Pm. *NÚMERO DE TRABAJADORES:

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN		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
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.
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,; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)*	2	1	0	C

1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)*	2	1	0	C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)*	2	1	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)*	4	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			10	La calificación del bloque corresponde al 10% 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.)*	5	2,5	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	7	3,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
3	**PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
3.1	**Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	7	3,5	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	2	1	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.)	7	3,5	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta
4	**REQUISITOS HIGIENICOS**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**

4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5 ; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	5	2,5	0	C
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)*	9			C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3,5	0	C
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	4	2	0	NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta
5	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(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.)*	7	3,5	0	C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	4	2	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	2	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9			C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	7	3,5	0	C

5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2	1	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					*La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta*

II. CONCEPTO SANITARIO

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

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	Cuál:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

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 18 del mes de 03 del año 2026 en la Ciudad de Ocaña.

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:	FIRMA:
NOMBRE: Paula Yhimar Rivera Villa	NOMBRE:
CÉDULA: 1075316651	CÉDULA:
CARGO: Inspector de Alimentos.	CARGO:
INSTITUCIÓN: S.S.O.H.	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Diana A Rojas Coron	FIRMA:
NOMBRE: Diana Alexandra Rojas Coron	NOMBRE:
CÉDULA: 1077860333	CÉDULA:
CARGO: Aux. Administrativo.	CARGO: