

	FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE EXPENDIO Y/O ALMACENAMIENTO DE CARNE Y/O PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES			<table><tr><td>CÓDIGO:</td><td>F-AM-A-22 Ext.</td></tr><tr><td>VERSIÓN:</td><td>4.0</td></tr><tr><td>FECHA:</td><td>Feb. 23 de 2023</td></tr><tr><td>PÁGINA:</td><td>1 DE 1</td></tr></table>	CÓDIGO:	F-AM-A-22 Ext.	VERSIÓN:	4.0	FECHA:	Feb. 23 de 2023	PÁGINA:	1 DE 1
CÓDIGO:	F-AM-A-22 Ext.											
VERSIÓN:	4.0											
FECHA:	Feb. 23 de 2023											
PÁGINA:	1 DE 1											

DEPARTAMENTO DE LA INSCRIPCIÓN	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO DE LA INSCRIPCIÓN		FECHA	día / mes / año
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	76	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO			

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
(Esta sección debe ser diligenciada por el representante legal del establecimiento o interesado)

Actividad Principal Marque la (s) opción (es) correspondiente (s)

<input type="checkbox"/> EC	Expendio de carne	<input type="checkbox"/> A	Almacenamiento
-----------------------------	-------------------	----------------------------	----------------

Actividad Secundaria del establecimiento (Si se llevan a cabo marque las opciones que apliquen)

<input type="checkbox"/> D	Desposte	<input type="checkbox"/> D	Desprese (Aves)
----------------------------	----------	----------------------------	-----------------

Dependencia: Marque la opción correspondiente si el establecimiento funciona independiente o dentro de alguna de las alternativas a continuación:

<input type="checkbox"/> I	Independiente	<input type="checkbox"/> S	Supermercado/Mini mercado	<input type="checkbox"/> PM	Plaza de mercado	<input type="checkbox"/> O	Otros (diligenciar al pie)
----------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------	----------------------------	----------------------------

Otros establecimientos: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO

Nombre y apellido del propietario _____

Razón social _____

Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Municipio _____ Departamento _____

Representante legal _____ C.C/ NIT _____

INSPECCIONES PRELIMINARES

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la Entidad Territorial de Salud y dispone de copia de la última acta de inspección? SI ☐ NO ☐

Fecha última inspección (dd/mm/ aaaa): ____/____/____

Concepto anterior: ☐ F Favorable ☐ FR Favorable con requerimientos ☐ D Desfavorable

INSCRIPCION SANITARIA
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

Entidad Territorial de Salud: Secretaría Departamental de Salud **Inscripción No.**

76				
----	--	--	--	--

Funcionario que realizó la inscripción _____

Fecha (dd/mm/ aaaa): ____/____/____

Observaciones

Entregado por (interesado): _____ C.C. _____ Firma _____