

	<b>FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN, EXPENDIO DE CARNE Y PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES</b>	 Gobernación del Valle del Cauca Secretaría Departamental de Salud	 Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca	CÓDIGO:	F-AM-A-23 Ext.		
				VERSIÓN:	4.0		
				FECHA:	Feb. 24 de 2023		
				PÁGINA:	1 DE 1		
<b>1. ESTABLECIMIENTO</b>							
(Esta sección debe ser diligenciada por el propietario del Establecimiento)							
DEPARTAMENTO		VALLE DEL CAUCA	CIUDAD		FECHA	día / mes / año	
INSCRITO EN LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD			N° DE INSCRIPCIÓN			76	
Marque el tipo de solicitud que desea realizar: 1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PROVISIONAL <input type="checkbox"/> 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA <input type="checkbox"/>							
<b>1.1 IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>							
Esta sección debe ser diligenciada por el propietario del Establecimiento							
<b>*CAMPO OBLIGATORIO</b>							
*RAZÓN SOCIAL							
*CÉDULA / NIT				*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN			
*NOMBRE COMERCIAL							
*DIRECCIÓN				MATRÍCULA MERCANTIL			
*DEPARTAMENTO		VALLE DEL CAUCA		*MUNICIPIO			
Barrio	Vereda	Comuna	Localidad	Sector	Corregimiento	Caserío	UPZ
Otro	Cuál:						
TELÉFONOS				FAX			
CORREO ELECTRÓNICO							
NOMBRE DEL PROPIETARIO							
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		C.C.	C.E.	NIT	Número de documento		
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL							
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		C.C.	C.E.	NIT	*Número de documento		
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN							
*DEPARTAMENTO				*MUNICIPIO			
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO				*NUMERO DE TRABAJADORES			
*TIPO DE PRODUCTOS QUE ALMACENA, DISTRIBUYE O EXPENDE:							
CARNE		Bovina	Porcina	Aves	PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES:	SI	NO
Otras especies		SI	NO		EXPENDE OTRO TIPO DE PRODUCTOS:	SI	NO
Cuál?						Cuáles?	
<b>1.2 ÚLTIMA VISITA DE INSPECCIÓN SANITARIA: PARA LA SOLICITUD DE LA AUTORIZACION SANITARIA PROVISIONAL O DEFINITIVA</b>							
Esta sección debe ser diligenciada por el propietario o interesado							
INSPECCIÓN PRELIMINAR: El establecimiento ha sido Inspeccionado por la Entidad Territorial de Salud y dispone de copia de la última acta de inspección? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
Fecha de la Última Visita		día / mes / año	CONCEPTO:	FV FAVORABLE	FVR FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	D DESFAVORABLE	
<b>1.3 OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO O QUIEN REALIZA LA SOLICITUD</b>							
<b>1.4 PERSONA QUE REALIZA SOLICITUD:</b>							
FIRMA:							
NOMBRE:			CARGO:				
CÉDULA:			TELÉFONO DE CONTACTO:				
<b>2. ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD</b>							
Esta sección debe estar diligenciada por la Entidad Territorial de Salud							
Entidad Territorial de Salud		SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD		Solicitud No			
Funcionario que realiza Ingresar información:		UESVALLE:		Fecha:			
Firma:							
<b>2.1 OBSERVACIONES DE LA AUTORIDAD SANITARIA:</b>							
<b>2.2 PARA LA AUTORIZACIÓN SANITARIA PROVISIONAL</b>							
Esta sección debe estar diligenciada por la Entidad Territorial de Salud							
Funcionario Designado				Fecha Respuesta:			
<b>2.3 PARA LA AUTORIZACIÓN SANITARIA</b>							
Fecha Visita		día / mes / año		Hora:			
<b>2.4 ACEPTACION Y NOTIFICACION ELECTRONICA</b>							
Acepto y autorizo ser notificado por correo electrónico de las actuaciones que se deriven		SI	NO				