




| | | | | | |
|---|---|--|--|--|---------------------------------------|
|  | FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN, EXPENDIO DE CARNE Y PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES |  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 | |
| 1. ESTABLECIMIENTO | | | | | |
| (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 | | | | 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA | |
| 1.1 IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO | | | | | |
| Esta sección debe ser diligenciada por el propietario del Establecimiento | | | | | |
| * CAMPO OBLIGATORIO | | | | | |
| *RAZÓN SOCIAL | | | | | |
| *CÉDULA / NIT | | | | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN | |
| *NOMBRE COMERCIAL | | | | | |
| *DIRECCIÓN | | | | MATRÍCULA MERCANTIL | |
| *DEPARTAMENTO | | VALLE DEL CAUCA | | *MUNICIPIO | |
| Barrio | | Vereda | Comuna | Localidad | Sector |
| Otro | | Cuál: | | Corregimiento | Caserío |
| 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? | |
| 1.2 ÚLTIMA VISITA DE INSPECCIÓN SANITARIA: PARA LA SOLICITUD DE LA AUTORIZACION SANITARIA PROVISIONAL O DEFINITIVA | | | | | |
| 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 ultima acta de inspección? SI NO | | | | | |
| Fecha de la Última Visita | | día / mes / año | CONCEPTO: | FV FAVORABLE FVR FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS D DESFAVORABLE | |
| 1.3 OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO O QUIEN REALIZA LA SOLICITUD | | | | | |
| | | | | | |
| 1.4 PERSONA QUE REALIZA SOLICITUD: | | | | | |
| FIRMA: | | | | | |
| NOMBRE: | | | CARGO: | | |
| CÉDULA: | | | TELÉFONO DE CONTACTO: | | |
| 2. ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD | | | | | |
| 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: | | | | | |
| 2.1 OBSERVACIONES DE LA AUTORIDAD SANITARIA: | | | | | |
| | | | | | |
| 2.2 PARA LA AUTORIZACIÓN SANITARIA PROVISIONAL | | | | | |
| Esta sección debe estar diligenciada por la Entidad Territorial de Salud | | | | | |
| Funcionario Designado | | | | Fecha Respuesta: | |
| 2.3 PARA LA AUTORIZACIÓN SANITARIA | | | | | |
| Fecha Visita | | día / mes / año | | Hora: | |
| 2.4 ACEPTACION Y NOTIFICACION ELECTRONICA | | | | | |
| Acepto y autorizo ser notificado por correo electrónico de las actuaciones que se deriven SI NO | | | | | |