

	<b>FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE CARNE Y/O PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES</b>	 Gobernación del <b>Valle del Cauca</b> Secretaría Departamental de Salud	 Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca	CÓDIGO:	F-AM-A-21 Ext.
				VERSIÓN:	4.0
				FECHA:	Feb.24 de 2023
				PÁGINA:	1 DE 1

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

**IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO**  
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo o interesado)

*MARCA DE VEHÍCULO		MODELO	
* ¿CUAL ES UNIDAD DE TRANSPORTE CON LA QUE CUENTA EL VEHÍCULO?:			
TIPO FURGON		PLACA DEL VEHÍCULO	
TIPO REMOLQUE		PLACA DEL REMOLQUE	
TIPO SEMIRREMOLQUE		PLACA DEL SEMIREMOLQUE	
* ¿CUENTA CON CAJA, CONTENEDOR O CISTERNA, CON AISLAMIENTO TÉRMICO (ISOTERMO)?		* ¿CUENTA CON UNIDAD DE FRÍO?	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO**  
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo o interesado)

*NOMBRE DEL PROPIETARIO			
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/> Número de documento
TELÉFONO	FAX:	CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
*DIRECCIÓN DOMICILIO			
*MUNICIPIO DOMICILIO	*DEPARTAMENTO DOMICILIO		

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

Entidad Territorial de Salud	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	Inscripción No	<input type="text"/>
Funcionario que realiza Inscripción:		Fecha:	día / mes / año

**OBSERVACIONES:**

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

--

**Por parte del responsable del vehículo o quien realiza la inscripción del vehículo:**

--

**ENTREGADO POR: (Propietario o interesado del vehículo)**

FIRMA:	NOMBRE:
CÉDULA:	TELÉFONO DE CONTACTO:

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

FIRMA:	NOMBRE:
CÉDULA:	TELÉFONO DE CONTACTO: