

	<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: VERSIÓN: FECHA: PÁGINA:	F-AM-A-21 Ext. 4.0 Feb.24 de 2023 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				
<b>IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO</b> (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"/>		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO</b> (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		
<b>EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD</b> (Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)						
Entidad Territorial de Salud		SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD		Inscripción No		
Funcionario que realiza Inscripción:				Fecha: día / mes / año		
<b>OBSERVACIONES:</b>						
Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:						
Por parte del responsable del vehículo o quien realiza la inscripción del vehículo:						
<b>ENTREGADO POR: (Propietario o interesado del vehículo)</b>						
FIRMA:			NOMBRE:			
CÉDULA:			TELÉFONO DE CONTACTO:			
<b>RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)</b>						
FIRMA:			NOMBRE:			
CÉDULA:			TELÉFONO DE CONTACTO:			