

LOGO ETS

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN  
SANITARIA PARA ALMACENAMIENTO Y/O  
DISTRIBUCIÓN, EXPENDIO DE CARNE Y PRODUCTOS  
CÁRNICOS COMESTIBLES**

**1. ESTABLECIMIENTO**

(Esta sección debe ser diligenciada por el propietario del Establecimiento)

DEPARTAMENTO  CIUDAD  FECHA  día / mes / año N° DE INSCRIPCIÓN

INSCRITO EN LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD:

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  \*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  \*NÚMERO DE TRABAJADORES

\*TIPO DE PRODUCTOS QUE ALMACENA, DISTRIBUYE O CARNE Bovina  Porcina  Aves

EXPENDE: Otras especies SI  NO

Cuál?

PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES: SI  NO

EXPENDE OTRO TIPO DE PRODUCTOS: SI  NO

Cuáles?

**1.2 ÚLTIMA VISITA DE INSPECCIÓN SANITARIA: PARA LA SOLICITUD DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA PROVISIONAL O DENITIVA**

Esta sección debe ser diligenciada por el propietario ó interesado

INSPECCIÓN PRELIMINAR: El establecimiento ha sido Inspeccionado por la Entidad Territorial de Salud y dispone de copia de la última 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

Solicitud No

Funcionario que realiza Ingresar información:

Fecha:

día / mes / año

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:

día / mes / año

## 2.3 PARA LA AUTORIZACIÓN SANITARIA

Fecha Visita

día / mes / año

Hora:

## 2.4 ACEPTACION Y NOTIFICACION ELECTRÓNICA

Acepto y autorizo ser notificado por correo electrónico de las actuaciones que se deriven

SI  
NO