

**1. ESTABLECIMIENTO**

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

DEPARTAMENTO  CIUDAD  FECHA

INSCRITO EN LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD:

Marque el tipo de solicitud que desea realizar:

1. SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA PROVISIONAL   
2. SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA

**1.1 IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO**

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

\*RAZON SOCIAL

\*CEDULA / NIT  \*NUMERO DE INSCRIPCION

\*NOMBRE COMERCIAL

\*DIRECCION  MATRICULA MERCANTIL

\*DEPARTAMENTO  \*MUNICIPIO

Barrio  Vereda  Comuna  Localidad  Sector  Corregimiento  Caserio  UPZ

Otro  Cual:

TELEFONOS  FAX

CORREO ELECTRONICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C.  C.E.  NIT  \*Numero de documento

\*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

\*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C.  C.E.  NIT  \*Numero de documento

\*DIRECCION DE NOTIFICACION

\*DEPARTAMENTO  \*MUNICIPIO

\*HORARIO Y DIA DE FUNCIONAMIENTO  \*NUMERO DE TRABAJADORES

\*TIPO DE PRODUCTOS QUE ALMACENA, DISTRIBUYE O EXPENDE CARNE Bovina  Porcina  Aves   
Otras especies Si  No

Cual?

PRODUCTOS CARNICOS COMESTIBLES: Si  No

EXPENDE OTRO TIPO DE PRODUCTOS Si  No

Cuales?

**1.2 ULTIMA VISITA DE INSPECCION SANITARIA: PARA LA SOLICITUD DE LA AUTORIZACION SANITARIA PROVISIONAL O DEFINITIVA**

Esta sección debe ser diligenciada por el propietario o interesado

INSPECCION PRELIMINAR: El establecimiento ha sido inspeccionado por la Entidad Territorial de Salud y dispone de copia de la última acta de inspección? Si  No

INDEPENDIENTE  SUPERMERCADO/MINIMERCADO  PLAZA DE MERCADO  OTROS (DILIGENCIE AL PIE)


Fecha de la Última Visita  CONCEPTO:  FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE

**1.3 OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO O QUIEN REALIZA LA SOLICITUD**

**1.4 PERSONA QUE REALIZA SOLICITUD:**

FIRMA:  NOMBRE:

CEDULA:  TELEFONO DE CONTACTO:

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
|  <p><b>Alcaldía de Medellín</b><br/><b>Cuenta con vos</b></p> | <p align="center"><b>FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN<br/>SANITARIA PARA ALMACENAMIENTO Y/O<br/>DISTRIBUCIÓN, EXPENDIO DE CARNE Y PRODUCTOS<br/>CÁRNICOS COMESTIBLES</b></p> | <p>Número de Autorización:</p> |
| <p><b>2. ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD</b></p>  |   |                                |
| <p>Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud</p>  |   |                                |
| <p>Entidad Territorial de Salud</p>  | <p>Solicitud N°</p>   |                                |
| <p>Funcionario que realiza Ingres a información:</p>   | <p>Fecha</p>  | <p>dd/mm/aaaa</p>              |
| <p>Firma _____</p>   |   |                                |
| <p><b>2.1 OBSERVACIONES DE LA AUTORIDAD SANITARIA:</b></p>   |   |                                |
| <p> </p>   |   |                                |
| <p><b>2.2 PARA LA AUTORIZACION SANITARIA PROVISIONAL</b></p>   |   |                                |
| <p>Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud</p>  |   |                                |
| <p>Funcionario Designado</p>   | <p>Fecha Respuesta:</p>   | <p>dd/mm/aaaa</p>              |
| <p><b>2.3 PARA LA AUTORIZACION SANITARIA</b></p>   |   |                                |
| <p>Fecha Visita</p>  | <p>Hora:</p>  | <p>dd/mm/aaaa</p>              |
| <p><b>2.4 ACEPTACION Y NOTIFICACION ELECTRONICA</b></p>  |   |                                |
| <p>Acepto y autorizo ser notificado por correo electrónico de las actualizaciones que se deriven</p>   |   |                                |
| <p>Si <input type="checkbox"/></p>   |   |                                |
| <p>No <input type="checkbox"/></p>   |   |                                |

