Alcaldía Municipal de Floridablanca	OBLIGACIÓN CONTRAIDA	CÓDIGO: GFP-PR-300-12	
		VERSIÓN	05
		FECHA ELAB	28/08/2019
		FECHA APROB	27/09/2019
SECRETARÍA DE HACIENDA	PROCESO: GESTION Y MANEJO DE LAS FINANZAS PÚBLICAS SUBPROCESO: GESTIÓN CONTABLE		

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA

NOMBRE COMPLETO	NELSON ESTEBAN CIRO						
C.C. O NIT	1.095.802.068						
NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	3185387777						
VALOR COBRADO	$2.333.333						
PERIODO DEL VALOR COBRADO	DÍA: 03	MES: 12	AÑO: 2021	—	DÍA: 30	MES: 12	AÑO: 2021

INFORMACIÓN DEL CONTRATO :

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.	FECHA INICIO DEL CONTRATO		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	*2151-2021-* CO1.PC CNTR.2 939149	DÍA: 02	MES: 11	AÑO: 2021

CDP: 21-03771	FECHA:06-10-2021	RP: 21-04957	FECHA:26-10-2021
CDP ADICIONAL: N/A	FECHA:N/A	RP ADICIONAL: N/A	FECHA:N/A
OBJETO CONTRACTUAL:	"PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA DIMENSION DE SALUD AMBIENTAL EN EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA		

CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	DAVIVIENDA				
NÚMERO DE CUENTA	047070040838	AHORROS	X	CORRIENTE	

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO *"CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA"* ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD.

CONTROL DE SUPERVISIÓN

NOMBRE SUPERVISOR	ORLANDO PATIÑO SUAREZ		
CARGO SUPERVISOR	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN	DÍA: 30	MES: DICIEMBRE	AÑO: 2021

CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [CO-F-103-18.005] *"DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO".*

FIRMAS RESPONSABLES

NELSON ESTEBAN CIRO
RESPONSABLE DEL TRÁMITE

ORLANDO PATIÑO SUAREZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
SUPERVISOR

REVISÓ Y APROBÓ
OFICINA DE RADICACIÓNY DIGITALIZACIÓN

No. Folios:

NÚMERO DE RADICADO

Fecha:_____
Hora:_____

N° RADICADO:					
FECHA:					
HORA:					

ACTA No.	03	**TIPO DE CONTRATO**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION			
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. DE CONTRATO	*2151-2021-* CO1.PCCNTR.2939149	**FECHA DE CONTRATO**	*26 DE OCTUBRE DE 2021*			
NOMBRE CONTRATISTA	*NELSON ESTEBAN CIRO*					
NÚMERO DE CEDULA	*1.095.802.068 DE FLORIDABLANCA*					
OBJETO DEL CONTRATO						
“PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA DIMENSION DE SALUD AMBIENTAL EN EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA”						
REGISTROS PRESUPUESTALES						
RESGISTROS INICIALES			**REGISTROS ADICIONALES (SI APLICA)**			
CDP - N.º yFECHA	**21-03771**	**06-10-2021**	**CDP - Nº y FECHA**	**N/A**	**N/A**	
RP - Nº y FECHA	**21-04957**	**26-10-2021**	**RP - Nº y FECHA**	**N/A**	**N/A**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	*ORLANDO PATIÑO SUAREZ*					
CARGO DEL SUPERVISOR	*PROFESIONAL ESPECIALIZADO*					
OFICINA GESTORA	*SECRETARIA LOCAL DE SALUD*					
PLAZO DEL CONTRATO	*DOS(2) MESES*					
PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO	*N/A*					
VALOR CONTRATO	*$5.000.000*	**VALOR CONTRATO CON ADICIÓN**	*N/A*			
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	*02-11-2021*					
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	*30-12-2021*	**FECHA DE TERMINACIÓN CON ADICIÓN**	*N/A*			

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO	**FECHA DE PAGO**	**NUMERO DE PLANILLA**	**VALOR SALUD**	**VALOR PENSIÓN**	**VALOR ARL**
			EPS SALUD TOTAL	**PROTECCION**	**POSITIVA**
DICIEMBRE	***13-12-2021***	***4424169006***	***$225.000***	***$288.000***	***$43.900***

PÓLIZA DE GARANTÍAS (Si Aplica)		
NOMBRE ASEGURADORA	**NUMERO DE PÓLIZA**	**FECHA DE APROBACIÓN**
N/A	*N/A*	*N/A*

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL		
TIPO DE ESTAMPLILLA	**NUMERO ESTAMPILLA**	**FECHA DE PAGO**
DEPARTAMENTAL	**N.A**	**SE DESCUENTA DIRECTAMENTE DE LA ORDEN DE PAGO**

El suscrito Supervisor se sirve certificar que el Contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales, correspondientes al último periodo ejecutado, por tal motivo:

1. Las partes contratantes de común acuerdo, damos por terminado el presente Contrato.

2. El supervisor del contrato, revisó y verificó el informe de ejecución del contrato y los pagos del sistema de seguridad social (salud y pensión).

3. El contratista ha desarrollado las actividades correspondientes al objeto del contrato en el plazo estipulado, por tal motivo, el contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual.

4. Las partes (contratante y contratista) acuerdan que no habrá reconocimientos posteriores por concepto de honorarios, multas, sanciones o indemnizaciones a cargo de alguna de ellas a favor de la otra, como consecuencia de la terminación del contrato, por lo cual no se consignan observaciones u objeciones. Mediante Decreto 0343 del 18 de agosto de 2016, se delega a la oficina de contratación para suscribir acta de terminación del presente contrato.

5. Se adjunta informe final de actividades del contratista.

6. Se deja la salvedad que este contrato de prestación de servicios se encontró protegido por riesgos profesionales dentro del periodo contratado, pero que el contratista al momento de su afiliación, extendió su protección en plazo superior al tiempo de finalización del contrato.

Se reunieron el Supervisor y Contratista, con el fin de realizar el pago parcial del presente Contrato, y el suscrito Supervisor se sirve **CERTIFICAR** que el Contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales, el supervisor certifica que ha verificado personalmente su ejecución con el informe de actividades y el pago de la seguridad social.

EJECUCIÓN DEL CONTRATO 02 DE NOVIEMBRE AL 30 DICIEMBRE 2021		
DETALLE	**CONTRATADO**	**PAGOS REALIZADOS**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$5.000.000**	
VALOR ADICIÓN **VALOR ADICIÓN**	**N/A**	
PRIMER PAGO		**$2.500.000**
SEGUNDO PAGO		**$2.333.333**
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO		**$166.667**
TOTAL (SUMAS IGUALES)	**$5.000.000**	**$5.000.000**

DADO EN FLORIDABLANCA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2021

ORLANDO PATIÑO SUAREZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
SUPERVISOR

NELSON ESTEBAN CIRO
CONTRATISTA

No. DE CONTRATO	*2151-2021-* CO1.PCCNTR.2939149	**FECHA DE CONTRATO**	*26 DE OCTUBRE DE 2021*
NOMBRE CONTRATISTA	*NELSON ESTEBAN CIRO*		
NÚMERO DE CEDULA	*1.095.802.068 DE FLORIDABLANCA*		
OBJETO DEL CONTRATO			
. PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA DIMENSION DE SALUD AMBIENTAL EN EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR	*ORLANDO PATIÑO SUAREZ*		
CARGO DEL SUPERVISOR	*PROFESIONAL ESPECIALIZADO*		
OFICINA GESTORA	*SECRETARIA LOCAL DE SALUD*		
PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO			
PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	*03 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DE 2021*		
VALOR A PAGAR	*$2.333.333*		
INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			
DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO, RELACIONO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERÍODO DE EJECUCIÓN:			
PERIODO COMPRENDIDO (03 *DE DICIEMBRE DEL 2021 AL DIA 30 DE DICIEMBRE DEL 2021*)			
No.	**ACTIVIDAD CONTRACTUAL**	**ACTIVIDAD REALIZADA**	**EVIDENCIA/SOPORTE**
1	Realizar visitas de inspección a edificaciones de acuerdo a la Ley 9 de 1979 Art, 156.	Se apoyan visitas de inspección a edificaciones de acuerdo a la Ley 9 de 1979 Art, 156. En los diferentes barrios del municipio de Floridablanca	Actas
2	Apoyar en el registro digital de las visitas de inspección atendidas.	Se realiza registro digital de visitas realizadas Excel	Excel
3	Apoyar jornadas de capacitación en promoción de salud ambiental en IEC y demás temas dirigidos por la Secretaria Local de Salud	Sustentado en el periodo anterior en este no se requirió	Ninguno
4	Apoyar los operativos programados en las acciones de inspección, control y vigilancia asociados a los riesgos en seguridad sanitaria y ambiental en el municipio de Floridablanca.	Se apoyan inspecciones a IPS del municipio para verificar vacunas covid 19 aplicadas.	Planillas
5	Apoyar las respuestas a PQRS que le sean asignadas	Se atienden PQRS asignadas por el supervisor una de ellas termina con citación a la oficina ambiental para posterior solución	Actas /citación
6	Y las demás actividades asignadas por el supervisor o el Secretario de Local de Salud que se generen del objeto contractual.	Se apoyan visitas de solicitudes de conceptos sanitarios para establecimientos de alimentos aplicando formatos invima	Actas
ANEXOS: (Especificar el tipo de anexo ya sea CD, Registro Fotográfico, Actas u otros)			
Con base en el informe presentado por el Contratista respecto a las actividades ejecutadas en el presente contrato y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la Alcaldía de Floridablanca y tomando como base la presente Acta Parcial se certifican las actividades realizadas.			

DADO EN FLORIDABLANCA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2021

ORLANDO PATIÑO SUAREZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
SUPERVISOR

NELSON ESTEBAN CIRO

CLAVE Y USUARIO PLANILLA SOI

USUARIO:CC 1095802068

CLAVE:ciro01

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1095802068
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NELSON ESTEBAN CIRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	ALTAMIRA 1 TRR 4 APTO 101	TELÉFONO:	6484398
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4424169006**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/12/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997954734	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 288.000	$ 0	$ 288.000
SUBTOTALES:										**$ 288.000**	**$ 0**	**$ 288.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 225.000
SUBTOTALES:													**$ 225.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 43.900	$ 43.900	$ 0	$ 0	$ 43.900
SUBTOTALES:									**$ 43.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 43.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSION									SALUD						ARP															
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1095802068	CIRO NELSON ESTEBAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.800.000				NO		30															230201-PROTECCION	30	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.800.000	$ 225.000	$ 0	$ 225.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.800.000	109580206	$ 43.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 556.900**

FLORIDABLANCA
2019
más para todos
NÉCTOR MANTILLA RUEDA - ALCALDE

ALCALDIA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SALUD
OFICINA DE SALUD AMBIENTAL
Transversal 29 No. 5-33 Lagos III
6750611

BOLETA DE CITACIÓN

Primera vez ☐ Segunda vez ☒ Tercera vez ☐

Ciudad y fecha: FLORIDABLANCA 29 NOVIEMBRE 2021

Señor(a): ALEXANDER

Residente en la calle: _____ Carrera: _____ Diagonal: _____ Avenida: BUCARICA

No.: _____ Tel: _____ Zona: _____ Barrio: Blo-16-4 APTO 301 BUCARICA Debe

Presentarse en la Oficina de Salud Ambiental, ubicada en la Secretaria de Salud Municipal, Transversal 29 No. 5-33

Teléfono: 6750611

Para atender un requerimiento sanitario relacionado con TENENCIA DE CANINOS

El día: 24 Mes: NOVIEMBRE Año: 2021 Hora: 4:00 p.m

Funcionario citante, ORLANDO PATIÑO OFICINA SALUD AMBIENTAL

EL INCUMPLIMIENTO A ESTA CITACIÓN SERÁ SANCIONADO SEGÚN LO DISPONE
LA LEY 09 DE 1979 Y LEY 232 DE 1995

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: 5106 | MUNICIPIO: 7106 | FECHA:

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 682 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 68 276 63421 354

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: GLADYS RAMIREZ

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E ☐ Número de documento: C34327844

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CR 33A # 103-46.

Rural ☐ Urbano ☐ Barrio ☒ Vereda ☐

Comuna ☐ Localidad ☐ Sector ☐ Corregimiento ☐ Caserío ☐ UPZ ☐

Otro ☐ Cuál: CALDAS

TELÉFONO: 6050384 FAX: CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: Autoriza la notificación electrónica? SI ☐ NO ☒

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante	☐	Expendio Alimentos	Expendio	☒	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	☐
	Cafetería	☐		Productos de la pesca	☐		Puesto móvil o ambulante	☐
	Panadería y/o Pastelería	☐	Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado	☐		Estacionario con preparación de alimentos	☐
	Jugos, Fruteria y/o Heladería	☐	Ensamble Alimentos	Ensamble menú	☐		Ambulante con preparación de alimentos	☐
	Comidas Rápidas	☐		Ensamble refrigerin	☐	Expendio Bebidas Alcohólicas		☐
Comedores	Programas sociales del estado	☐	Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	☐	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	☐
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)	☐		Dador de frio	☐		Central de Abasto	☐

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO ☒

Fecha de última inspección: dia / mes / año | Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Gladis R. Z. | FIRMA: Gladis R. Z.

CÉDULA: 63432784 | EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. LIRA | FIRMA:

CÉDULA: 1.095.802.064 | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado.

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO	S/DER	MUNICIPIO	F/DA.	FECHA	21/11/2024
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	68	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	69276

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL

NOMBRE COMERCIAL

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN — NIT ☐ — Número de Identificación Tributaria

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: LINEAS FLORIDABLANCA.

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: SILVIA GRANADOS

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN — C.C. ☒ — C.E ☐ — Número de documento

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CRA 32 # 110.31

Rural ☐ — Urbano ☐ — Barrio: X — Vereda ☐

Comuna ☐ — Localidad ☐ — Sector ☐ — Corregimiento ☐ — Caserío ☐ — UPZ ☐

Otro ☐ — Cuál: DORADO

TELÉFONO — FAX: — CELULAR: 3152019972

CORREO ELECTRÓNICO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA — Autoriza la notificación electrónica? SI ☐ NO ☒

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: F/DA. — *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: S/DER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO ☒

Fecha de última inspección: dia / mes / año — Ultimo concepto sanitario emitio

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: [illegible] — FIRMA:

CÉDULA: 13 724 999 — EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: PEDSON E. LIRO — FIRMA:

CEDULA: 1.095 802 068 — EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado.

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO	SIDER	MUNICIPIO	FIDA	FECHA	27/11/2021
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	68	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	68276035354178

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL

NOMBRE COMERCIAL

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN — NIT — Número de Identificación Tributaria

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: TIENDA SIRETH

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: CORNELIA NOVOA.

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN — C.C. [X] C.E [ ] Número de documento: 63535475.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CALLE 100 33-55

Rural [ ] Urbano [ ] Barrio [X] Vereda [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: BELLAVISTA LOMAS

TELÉFONO [ ] FAX: [ ] CELULAR: 313.8329357.

CORREO ELECTRÓNICO: [ ]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA: [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: [ ] Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FIDA

*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SIDER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante	[ ]	Expendio Alimentos	Expendio	[X]	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario [ ]
	Cafeteria	[ ]		Productos de la pesca	[ ]		Puesto móvil o ambulante [ ]
	Panaderia y/o Pasteleria	[ ]	Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado	[ ]		Estacionario con preparación de alimentos [ ]
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria	[ ]	Ensamble Alimentos	Ensamble menú	[ ]		Ambulante con preparación de alimentos [ ]
	Comidas Rápidas	[ ]		Ensamble refrigerio	[ ]	Expendio Bebidas Alcohólicas	[ ]
Comedores	Programas sociales del estado	[ ]	Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	[ ]	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado [ ]
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)	[ ]		Dador de frio	[ ]		Central de Abasto [ ]

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: dia / mes /año — Ultimo concepto sanitario emitio: [ ]

Funcionario que realiza Inscripción: [ ]

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: VICTOR PEDRAZA — FIRMA:

CÉDULA: 1371895 24 — EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON G UTO — FIRMA:

CEDULA: — EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado: 1.095.402.066

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: 51b62 | MUNICIPIO: FLDA. | FECHA: 19/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 216 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 68216202121A3

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: GUSTAVO GALVIS

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C [X] C.E [ ] Número de documento: 2.090.733

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CLL 34 # 107-73

Rural [ ] Urbano [ ] Barrio: X Vereda: [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: GALDAZ

TELÉFONO: [ ] FAX: [ ] CELULAR: [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: [ ]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA: [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: [ ] Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FLDA *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: 51b62

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante	[ ]	Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	[ ]
	Cafetería	[ ]		Productos de la pesca	[ ]		Puesto móvil o ambulante	[ ]
	Panadería y/o Pastelería	[ ]	Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado	[ ]		Estacionario con preparación de alimentos	[ ]
	Jugos, Frutería y/o Heladería	[ ]	Ensamble Alimentos	Ensamble menú	[ ]		Ambulante con preparación de alimentos	[ ]
	Comidas Rápidas	[ ]		Ensamble refrigerio	[ ]	Expendio Bebidas Alcohólicas		[ ]
Comedores	Programas sociales del estado	[ ]	Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	[ ]	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	[ ]
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)	[ ]		Cedor de frio	[ ]		Central de Abasto	[ ]

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: [ ] Ultimo concepto sanitario emitio: [ ]

Funcionario que realiza Inscripción: [ ]

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: GUSTAVO GALVIS | FIRMA:

CEDULA: 2.090.733 | EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. CRUZ | FIRMA:

CEDULA: 1.095.802.066 | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO	SIDER	MUNICIPIO	FIDA.	FECHA	19/11/2021
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	68	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	6827617646513

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT [ ] Número de Identificación Tributaria

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	TIENDA PITO VIEJO
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	VICTOR DE LUQUES
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. [X] C.E [ ] Número de documento 17 646 513

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO							
Rural [ ]	Urbano [ ]	Barrio	X	Vereda			
Comuna [ ]	Localidad [ ]	Sector [ ]	Corregimiento [ ]	Caserío [ ]	UPZ [ ]		
Otro [ ]	Cuál:	PITO VIEJO I					
TELÉFONO	6904105	FAX:		CELULAR:			
CORREO ELECTRÓNICO:							
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISICA							
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA				Autoriza la notificación electrónica?	SI [ ]	NO [X]	
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	FIDA	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN		SIDER			

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X
	Cafeteria			Productos de la pesca	
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado	
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú	
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio	
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio	

Venta Via Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Puesto móvil o ambulante	
	Estacionario con preparación de alimentos	
	Ambulante con preparación de alimentos	
Expendio Bebidas Alcohólicas		
Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud?	SI [ ]	NO [X]	
Fecha de última inspección	dia / mes /año	Ultimo concepto sanitario emitio	
Funcionario que realiza Inscripción:			

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)			
NOMBRE COMPLETO:	VICTOR E DE LUQUEZ G	FIRMA:	
CÉDULA:		EN CALIDAD DE:	
RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)			
NOMBRE COMPLETO:	NELSON G. CRUZ	FIRMA:	
CÉDULA:	1095 902 960.	EN CALIDAD DE:	
Se entrega copia al interesado			


LA POLA
MICROMERCADO
687 4131 - 312 3435878 - 310 2643996
SERVICIO A DOMICILIO
Zenú
310 2643996
Domicilios
Fresh leche
DE VENTA AQUÍ
AXION
MINUTOS AQUÍ
¿CUÁL ES TU FAVORITO?
$3.500
$4000
LLEVA UNA BOLSA DE
ANTIBACTERIAL
construir un futuro sonrisas
comienza en casa
Colgate


Gillette
Prestobarba 3
2 UNIDADES
+ ECONOMÍA*
+ HIGIENE
DELICIOSO SABOR
Y NUTRICIÓN
LECHEMOS pa' lante
Fresta leche
Pulp
Zucaritas
Froot Loops
Choco Krispis

2

Alcaldía Municipal de Fonseca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Nuevo

DEPARTAMENTO: 51066 | MUNICIPIO: FIDA | FECHA: 10/11/2024

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 44 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 216 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 44216330241103

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: RUBIS Y ANIMOS SAMI

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: SANDRA JULIETH ARANCHA LAVO

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] Número de documento: 33966703

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CRA 34 # 110-143

Rural [ ] Urbano [ ] Barrio [X] Vereda [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: VALDAS

TELÉFONO: [ ] FAX: [ ] CELULAR: 321 3249211

CORREO ELECTRÓNICO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISICA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FIDA | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SUCRE

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Públicos	Preparación Tipo a no Establecimiento	
	Cafetería			Productos de la pesca			Preparación Ambulante o semiestable	
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Establecimiento con preparación de alimentos	
	Asadero, Fritadería y/o Heladería	X	Ensamble Alimentos	Ensamble mixto			Semifijo/Móvil con preparación de alimentos	
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores comerciales o particulares (USPEC)			Dador de frío			General de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: | Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Sandra Julieth Arancha | FIRMA:

CÉDULA: 33966703 | EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: | FIRMA:

CÉDULA: | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado: 1095 602 060

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: SIDER | MUNICIPIO: FIDA. | FECHA: 19/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: SB27-2104471

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: PANADERIA BONISSIMA.

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: JOSUE CAIA GONZALES

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] Número de documento: 2.104.471

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CALLE 111 # 33-02

Rural [ ] Urbano [ ] Barrio: X Vereda: [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: CALDAS.

TELÉFONO: 6087325. FAX: [ ] CELULAR: [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: DORISCALA27@GMAIL.COM

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: [ ] Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FIDA *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SIDER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panaderia y/o Pasteleria	X	Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: dia / mes / año Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Doris cala D.-27 FIRMA: Doris cala

CÉDULA: 1097970220 EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. OTO FIRMA:

CEDULA: EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado: 1005 802 060.

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: 5 | DGR | MUNICIPIO: F | DA | FECHA: 19/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 68276 19 219065

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: TIENDA EL TREBOL

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: LUIS EDUARDO SOLER

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] Número de documento: 19219065

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CRA 34 H 109-35

Rural [ ] Urbano [ ] Barrio: X Vereda: [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: CALDAS

TELÉFONO: [ ] FAX: [ ] CELULAR: 315 7972556

CORREO ELECTRÓNICO: [ ]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA: [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: [ ] Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FIDA *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SIDER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: [ ] Ultimo concepto sanitario emitio: [ ]

Funcionario que realiza Inscripción: [ ]

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Luis Eduardo Soler H FIRMA:

CÉDULA: 19219065 EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. LIZCO FIRMA:

CEDULA: 1095 802 062 EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO	SDER	MUNICIPIO	FIDA.	FECHA	19/11/2021
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	68	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	68276000191025.

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Este sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT	Número de Identificación Tributaria

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	MI POQUEDA IA POLA.
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	WILSON SILVA
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [X] C.E [ ]	Número de documento 88 191025

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	CRA 34 # 106-05 CALDAS								
Rural [ ]	Urbano [ ]	Barrio [X]	Vereda [ ]						
Comuna [ ]	Localidad [ ]	Sector [ ]	Corregimiento [ ]	Caserío [ ]	UPZ [ ]				
Otro [ ]	Cuál: CALDAS								
TELÉFONO	FAX:	CELULAR: 3123473570							
CORREO ELECTRÓNICO:									
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA									
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA		Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]							
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	FIDA	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	SDER.						

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección	dia / mes /año	Ultimo concepto sanitario emitio	
Funcionario que realiza inscripción:			

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Pola Garcia Cortes	FIRMA: Polabarcia.
CÉDULA: 63544633 Bga.	EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. CAO	FIRMA:
CEDULA: 1.095.402.966.	EN CALIDAD DE:
Se entrega copia al interesado.	

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Intro

DEPARTAMENTO	SDER	MUNICIPIO	FIDA	FECHA	19/11/2021
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	68	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	68276135603

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT ☐ Número de Identificación Tributaria

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	TIENDA UNOK Zaila.
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	JORGE GARAVITO
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C [X] C.E ☐ Número de documento 13,516 043

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	CRA 34 CALLE 110 CALDAS						
Rural ☐	Urbano ☐	Barrio X	Vereda ☐				
Comuna ☐	Localidad ☐	Sector ☐	Corregimiento ☐	Caserío ☐	UPZ ☐		
Otro ☐	Cuál: CALDAS						
TELÉFONO		FAX:		CELULAR:	3105579312.		
CORREO ELECTRÓNICO:	jorge7730@hotmail.com						
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA							
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA				Autoriza la notificación electrónica?	SI ☐	NO [X]	
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	FIDA	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	SDER				

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante			Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafetería				Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panadería y/o Pastelería			Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Establecimiento con preparación de alimentos	
	Jugos, Fruterías y/o Heladería			Ensamble Alimentos	Ensamble mixto			Ambulante con preparación de alimentos	
	Comidas Rápidas				Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado			Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)				Cadena de frío			Central de Abastos	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO [X]

Fecha de última inspección		Ultimo concepto sanitario emitio	
Funcionario que realiza Inscripción:			

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Jorge Garavito Ramirez	FIRMA: Jorge Garavito R.
CÉDULA: 13516043	EN CALIDAD DE: propietario

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. CIRO	FIRMA:
CÉDULA: 1.095.802.066.	EN CALIDAD DE:
Se entrega copia al interesado.	

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: SANTANDER | MUNICIPIO: FLORIDA | FECHA: 10/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 68276.63452267.

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: EL PARADERO

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: MONICA SIERRA

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C [X] C.E [ ] Número de documento: 63.452.267.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CALLE 111 # 33A-02

Rural [ ] Urbano [ ] Barrio [X] Vereda [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: SALIDA

TELÉFONO: FAX: CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO: monica6490@mail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FLORIDA | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SANTANDER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Publica	Puesto fijo o estacionario
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble cocó			Ambulante con preparación de alimentos
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas	
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de leche			Central de Abasto

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: (no registra) | Ultimo concepto sanitario emitido:

Funcionario que realiza inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: monica Liliana Roa Sierra | FIRMA:

CÉDULA: 63.452.267. | EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: | FIRMA:

CÉDULA: | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado

42

Calle 5 No. 8-25 Casco Antiguo Floridablanca

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO	SIDER	MUNICIPIO	FIDA.	FECHA	19/11/2021
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	68	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	68276 63358730

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Está sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT ☐ Número de Identificación Tributaria

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	GLADIS MARINA PRADA
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C ☒ C.E ☐ Número de documento 63 358 730

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	CALLE 105 H 33-105						
Rural ☐	Urbano ☐	Barrio	X	Vereda			
Comuna ☐	Localidad ☐	Sector ☐	Corregimiento ☐	Caserío ☐	UPZ ☐		
Otro ☐	Cuál:	GALDAS					
TELÉFONO	6025161	FAX:		CELULAR:			
CORREO ELECTRÓNICO:							
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA							
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA				Autoriza la notificación electrónica?	SI ☐	NO ☒	
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	FIDA	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN		SIDER.			

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Públics	Puesto fijo o estacionario	
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panaderia y/o Pasteleria	X	Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dadar de frio			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO ☒

Fecha de última inspección	dia / mes /año	Ultimo concepto sanitario emitio	
Funcionario que realiza inscripción			

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Gladis Marina Prada Arias	FIRMA: Gladis M Prada A.
CÉDULA: 63358730	EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO:	FIRMA:
CÉDULA:	EN CALIDAD DE:
Se entrega copia al interesado: 1005 602 066	

E-mail: [illegible] | NIT: 890205176-8 | 2:00 pm a 5:45 pm

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO: SIDER | MUNICIPIO: FIDA | FECHA: 19/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: (68276-91266466

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ | Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: PANADERIA CASTILLA

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: HERIBERTO CALDERON

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] | Número de documento: 91266466

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CRA 32 H 116-04

Rural ☐ | Urbano ☐ | Barrio: K | Vereda ☐

Comuna ☐ | Localidad ☐ | Sector ☐ | Corregimiento ☐ | Caserío ☐ | UPZ ☐

Otro ☐ | Cuál: CA CASTELLANA.

TELÉFONO: | FAX: | CELULAR: 3167015907.

CORREO ELECTRÓNICO: DANIELACALDERON1215@GMAIL.COM

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: | Autoriza la notificación electrónica? SI ☐ NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FIDA | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SIDER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panadería y/o Pastelería	X	Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Fruteria y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Cadena de frío			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO [X]

Fecha de última inspección: | Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Daniela Calderon | FIRMA: Daniela.

CÉDULA: | EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. URO | FIRMA:

CÉDULA: | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado: 1.095 802 060

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: S/DER | MUNICIPIO: FLDA | FECHA: 19/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: CS 276 1070 1259

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: TIENDA EL PARAISO PUNTO

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: RICARDO ROJAS NIÑO

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] Número de documento: 1.098725659

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CRA 35 # 106-09

Rural [ ] Urbano [ ] Barrio: C | Vereda [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: ARA VIENTO I

TELÉFONO: 6317299 | FAX: | CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO: RAJARICARDO1@GMAIL.COM

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISICA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: | Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FLDA | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: S/DER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas	
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: dia / mes / año | Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Ricardo Rojas Niño | FIRMA: Ricardo Rojas Niño

CÉDULA: 1098725659 | EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. LIZO | FIRMA:

CEDULA: 1.095.692.060 | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO	SIDER	MUNICIPIO	FIDA.	FECHA	19/11/2021
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	69	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	6627637753109

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT ☐ Número de Identificación Tributaria

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	ASADERO CHIKEN WORLD
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	CAROLINA VEGA.
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. ☒ C.E ☐ Número de documento 37753709

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	CRA 36 H 104-21								
Rural	☐	Urbano	☐	Barrio	☒	Vereda	☐		
Comuna	☐	Localidad	☐	Sector	☐	Corregimiento	☐	Caserío	☐	UPZ	☐
Otro	☐	Cuál:	NIÑO VIENTO I						
TELÉFONO		FAX:		CELULAR:	3222735233				
CORREO ELECTRÓNICO:									
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA									
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA				Autoriza la notificación electrónica?	SI ☐	NO ☒			
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	FIDA	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	SIDER.						

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante	X	Expendio Alimentos	Expendio	☐	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	☐
	Cafetería	☐		Productos de la pesca	☐		Puesto móvil o ambulante	☐
	Panadería y/o Pastelería	☐	Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado	☐		Estacionario con preparación de alimentos	☐
	Jugos, Frutería y/o Heladería	☐	Ensamble Alimentos	Ensamble menú	☐		Ambulante con preparación de alimentos	☐
	Comidas Rápidas	☐		Ensamble refrigerio	☐	Expendio Bebidas Alcohólicas		☐
Comedores	Programas sociales del estado	☐	Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	☐	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	☐
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)	☐		Dador de frio	☐		Central de Abasto	☐

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO ☒

Fecha de última inspección		Ultimo concepto sanitario emitio	
Funcionario que realiza inscripción:			

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: ELKIN Mauricio Torres Heredia	FIRMA: ELKIN Mauricio T. H.
CÉDULA: 1162370641.	EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON EU GIRO	FIRMA:
CÉDULA: 1.095 692 064	EN CALIDAD DE:
Se entrega copia al interesado.	

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO	SIDER	MUNICIPIO	FIDA	FECHA	19/11/2021
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	68	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	68 276 1005329555

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT ☐ Número de Identificación Tributaria

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	INVERVER
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	NINI VALENTINA MARQUEZ.
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. X C.E ☐ Número de documento 1005329555

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	TRANSV 34 105-10 LOCAL 1								
Rural ☐	Urbano ☐	Barrio X	Vereda ☐						
Comuna ☐	Localidad ☐	Sector ☐	Corregimiento ☐	Caserío ☐	UPZ ☐				
Otro ☐	Cuál:	ALTO VIENTO I							
TELÉFONO		FAX:		CELULAR:	3106499394				
CORREO ELECTRÓNICO:	JENY45RODRIGUEZ@GMAIL.COM								
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA									
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA		Autoriza la notificación electrónica?	SI ☐	NO X					
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN		*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN							

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario		
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante		
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos		
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos		
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas			
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado		
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto		

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO ☑

Fecha de última inspección	dia / mes /año	Ultimo concepto sanitario emitio	
Funcionario que realiza Inscripción:			

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO	Jenny Shoana Rodriguez	FIRMA:	Jenny Rodriguez
CÉDULA:	63497498	EN CALIDAD DE:	

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

NOMBRE COMPLETO:	NELSON G. LIPO	FIRMA:	
CEDULA:	1.095.802.067.	EN CALIDAD DE:	

Se entrega copia al interesado.

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO: 31 DGR | MUNICIPIO: F/DA | FECHA: 19/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 64 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 6276 91075963

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ | Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: TIENDA ANDRES

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: RODRIGO GALVIS

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ | C.E ☐ | Número de documento: 91075 963

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CALLE 105 #35-36. ALTO VIENTO I

Rural ☐ | Urbano ☐ | Barrio: X | Vereda:

Comuna ☐ | Localidad ☐ | Sector ☐ | Corregimiento ☐ | Caserío ☐ | UPZ ☐

Otro ☐ | Cuál: ALTO VIENTO I

TELÉFONO: 6026.60 | FAX: | CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO: RODRIGOGALVIS PILO@hotmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: | Autoriza la notificación electrónica? SI ☐ NO ☒

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: F/DA | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: 31 DGR

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Via Pública	Puesto fijo o estacionario
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas	
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO ☒

Fecha de última inspección: dia / mes /año | Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Rodrigo Galvis | FIRMA:

CÉDULA: 91075963 | EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. CIPO | FIRMA:

CEDULA: 1.095.802.066 | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO	SDER	MUNICIPIO	FIDA.	FECHA	19/11/2021
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	68	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	EA276516736346

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT ☐ Número de Identificación Tributaria

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	SAZONI
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	MARTHA DILIA PINZON PERES
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C [X] C.E [ ] Número de documento 51673636

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	CRA 36 # 104 03								
Rural	☐	Urbano	☐	Barrio	X	Vereda			
Comuna	☐	Localidad	☐	Sector	☐	Corregimiento	☐	Caserío	☐	UPZ	☐
Otro	☐	Cuál	ALTO VIENTO I						
TELÉFONO	631 01 95.	FAX:		CELULAR:					
CORREO ELECTRÓNICO:	SAZONI@YAHOO.COM								
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA									
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA					Autoriza la notificación electrónica?	SI ☐	NO [X]		
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	FIDA			*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	FIDA				

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante	X	Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario		
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante		
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos		
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos		
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas			
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado		
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto		

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [X] NO ☐

Fecha de última inspección	10/11/2021	Ultimo concepto sanitario emitio	
Funcionario que realiza Inscripción:	JUAN RODRIGUEZ		

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Martha Dilia Pinzon Peres	FIRMA: Martha Pinzon P.
CÉDULA: 51.673.636	EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. VIDO	FIRMA:
CEDULA: 1.095.902.063	EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado.

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: SDER | MUNICIPIO: FLDA | FECHA: 27/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 52K 13816992

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: CAFETERIA LA PRADERA.

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: JOSE MEDARDO ALVAREZ.

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] Número de documento: 13816992.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CRA 33 # 105-29

Rural [ ] Urbano [ ] Barrio: X Vereda [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: CALDAS

TELÉFONO: FAX: CELULAR: 3004278530

CORREO ELECTRÓNICO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FLDA *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SDER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: CARLOS ALVAREZ GALEANO FIRMA:

CÉDULA: 1095805731 EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON G. CIDO FIRMA:

CÉDULA: 1.095.402.056 EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado.

Alcaldía Municipal de Floridablanca	FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Invima

DEPARTAMENTO	SIDER	MUNICIPIO	FIDA.	FECHA	19/11/2021
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	68	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	276	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	6827-91269351

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] Número de Identificación Tributaria [ ]

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	MICROMERCADO LA 104
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	WILSON LOPEZ

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] Número de documento: 91 269 351

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	CALLE 104 H 36-06 ALTO VIENTO								
Rural [ ]	Urbano [ ]	Barrio [X]	Vereda [ ]						
Comuna [ ]	Localidad [ ]	Sector [ ]	Corregimiento [ ]	Caserío [ ]	UPZ [ ]				
Otro [ ]	Cuál: ALTO VIENTO I								
TELÉFONO	6314250	FAX:		CELULAR:					
CORREO ELECTRÓNICO:									
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA									
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA		Autoriza la notificación electrónica?	SI [ ]	NO [X]					
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	FIDA	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	SIDER.						

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante	[ ]	Expendio Alimentos	Expendio	[X]	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	[ ]
	Cafeteria	[ ]		Productos de la pesca	[ ]		Puesto móvil o ambulante	[ ]
	Panaderia y/o Pasteleria	[ ]	Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado	[ ]		Estacionario con preparación de alimentos	[ ]
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria	[ ]	Ensamble Alimentos	Ensamble menú	[ ]		Ambulante con preparación de alimentos	[ ]
	Comidas Rápidas	[ ]		Ensamble refrigerio	[ ]	Expendio Bebidas Alcohólicas		[ ]
Comedores	Programas sociales del estado	[ ]	Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	[ ]	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	[ ]
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)	[ ]		Dader de frio	[ ]		Central de Abasto	[ ]

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demàs que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [X] NO [ ]

Fecha de última inspección	3/03/2019	Ultimo concepto sanitario emitio	FAVORABLE
Funcionario que realiza Inscripción:			

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO:	GONZALO JIMEN.	FIRMA:	Gonzalo Jimenez M.
CÉDULA:	91 269 351	EN CALIDAD DE:	

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

NOMBRE COMPLETO:	NELSON E. GIL O.	FIRMA:	
CÉDULA:	1.095 802 066.	EN CALIDAD DE:	

So entrega copia al interesado.

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: SIDER | MUNICIPIO: FIDA | FECHA: 27/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 68276 37 CS 4/0.

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ | Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: TIENDA BELLAVISTA.

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: ALICIA GONZALES ARDILA.

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C [X] C.E [ ] | Número de documento: 37655410

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CRA 33A # 97-35.

Rural ☐ | Urbano ☐ | Barrio: X | Vereda: | Comuna ☐ | Localidad ☐ | Sector ☐ | Corregimiento ☐ | Caserío ☐ | UPZ ☐

Otro ☐ | Cuál: BELLAVISTA CAMPO

TELÉFONO: | FAX: | CELULAR: 3014349911

CORREO ELECTRÓNICO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: | Autoriza la notificación electrónica? SI ☐ NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FIDA | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SIDER.

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas	
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO [X]

Fecha de última inspección: | Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: [illegible] González A | FIRMA: [signature]

CÉDULA: 63367227 | EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON G. GIRO | FIRMA: [signature]

CÉDULA: | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado: 1.095 402 060

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: SIDER | MUNICIPIO: FIDA. | FECHA: 27/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 64 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 6462761090[illegible]1853

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: TIENDA LOS PRIMOS

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: GLEIBER DOMINGUEZ.

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C [X] C.E [ ] Número de documento: 1004627553

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACION DEL ESTABLECIMIENTO: DIAG 33 CALLE 100 # 7.

Rural ☐ Urbano ☐ Barrio: X Vereda ☐

Comuna ☐ Localidad ☐ Sector ☐ Corregimiento ☐ Caserío ☐ UPZ ☐

Otro ☐ Cuál: CALDAS

TELÉFONO: FAX: CELULAR: 3124551126.

CORREO ELECTRÓNICO: YANINE.SUAREZ.21@GMAIL.COM

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: Autoriza la notificación electrónica? SI ☐ NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FIDA *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SIDER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos
	Jugos, Fruteria y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas	
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI ☐ NO [X]

Fecha de última inspección: Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Yanine Suarez. FIRMA: Yanine Suarez.

CÉDULA: 1098828550 EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. LIRO FIRMA:

CÉDULA: 1095 902 064. EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado.

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCION SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: SDER | MUNICIPIO: FIDA | FECHA: 27/11/2021

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 68276375112593

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT | Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: TIENDA LA 31

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: YANSY HERRERA

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] | C.E [ ] | Número de documento: 37511593

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CRA 31 10B-09

Rural [ ] | Urbano [ ] | Barrio: X | Vereda [ ]

Comuna [ ] | Localidad [ ] | Sector [ ] | Corregimiento [ ] | Caserío [ ] | UPZ [ ]

Otro [ ] | Cuál: DORADO

TELÉFONO | FAX | CELULAR: 3002095534

CORREO ELECTRÓNICO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA | Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [X]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario
	Cafeteria			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante
	Panaderia y/o Pasteleria		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos
	Jugos, Fruteria y/o Heladeria		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas	
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: Qué fecha fecha | Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Yansy Smith Herrera | FIRMA: | EN CALIDAD DE:

CÉDULA: 37511593

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. LARA | FIRMA: | EN CALIDAD DE:

CÉDULA:

Se entrega copia al interesado: 1.095.802.064

Alcaldía Municipal de Floridablanca

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO: SDER | MUNICIPIO: FIDA | FECHA: 21/11/2024

CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 68 | CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 276 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: CS 276 0263269350

IDENTIFICACION DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] Número de Identificación Tributaria:

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: TIENDA J y V

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: VIVIANA ALVAREZ CALDERON

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C [x] C.E [ ] Número de documento: 1.095.124.938

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: DIAGONAL 33 # 103-10

Rural [ ] Urbano [ ] Barrio [x] Vereda [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: CALDAS

TELÉFONO: | FAX: | CELULAR: 3165520455

CORREO ELECTRÓNICO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISICA:

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: | Autoriza la notificación electrónica? SI [ ] NO [x]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: FIDA | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: SDER

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio	X	Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos
	Comidas Rápidas			Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas	
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frío			Central de Abasto

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad especifica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

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

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [x]

Fecha de última inspección: | Ultimo concepto sanitario emitio:

Funcionario que realiza Inscripción:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: VIVIANA ALVAREZ CALDERON | FIRMA: VIVIANA A.

CÉDULA: 1098124938 | EN CALIDAD DE:

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

NOMBRE COMPLETO: NELSON E. GIL | FIRMA:

CÉDULA: 1.095.402.064 | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado.

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA | unidos avanzamos ALCALDE MIGUEL MORENO

SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE FLORIDABLANCA

INFORME DIARIO MANEJO DE RESIDUOS BIOLÓGICOS VACUNAS - COVID 19

FUNCIONARIO SECRETARIA DE SALUD LOCAL DE FLORIDABLANCA	Nelson E. Uribe	NOMBRE DE LA IPS	GUANE.
DEPENDENCIA	SALUD AMBIENTAL	NIT	
NUMERO DE DOCUMENTO	1.095.802.066.	NOMBRE DEL GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS - NUMERO DE CONTRATO	

PGIRSH ACTUALIZADO EL MANEJO DE RESIDUOS VACUNAS COVID 19: SI_____ NO_____

FECHA (DIA - MES- AÑO)	HORA	NUMERO DE BIOLOGICOS EN STOCK	NUMERO DE BIOLOGICOS APLICADOS	NÚMERO Y TIPO DE VACUNA				RESPONSABLE DE LA IPS	FIRMA	OBSERVACIONES
				PFIZER	SINOVAC	ASTRAZENECA	OTRA (CUAL)			
20/NOV/2021	9:30	120 Dosis	98 Dosis	FJ1966 X				Blanca Uribe		
		120 Dosis	82 Dosis		D202104098 X					
		54 Dosis	23 Dosis			PW40825 X				
		25 Dosis	20 Dosis				204E21A. JANSEN X			
		200 Dosis	162 Dosis				017521A MODERNA X			

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA | unidos avanzamos ALCALDE MIGUEL MORENO

SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE FLORIDABLANCA

INFORME DIARIO MANEJO DE RESIDUOS BIOLÓGICOS VACUNAS - COVID 19

FUNCIONARIO SECRETARIA DE SALUD LOCAL DE FLORIDABLANCA	NELSON E GIRO	NOMBRE DE LA IPS	CLINICA
DEPENDENCIA	SALUD AMBIENTAL	NIT	
NUMERO DE DOCUMENTO	1095 902 064	NOMBRE DEL GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS - NUMERO DE CONTRATO	

PGIRSH ACTUALIZADO EL MANEJO DE RESIDUOS VACUNAS COVID 19: SI_____ NO_____

FECHA (DIA - MES- AÑO)	HORA	NUMERO DE BIOLOGICOS EN STOCK	NUMERO DE BIOLOGICOS APLICADOS	NÚMERO Y TIPO DE VACUNA				RESPONSABLE DE LA IPS	FIRMA	OBSERVACIONES
				PFIZER	SINOVAC	ASTRAZENECA	OTRA (CUAL)			
27/11/2021	6.30	Dosis 102		FJ1960 X				NAYER GONZALEZ	Maria Gonzalez	
		Dosis 95			B202101046 X					
		Dosis 93				NL00 74 X				
		Dosis 115					017J24A MODERNA X			

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA

unidos avanzamos
ALCALDE MIGUEL MORENO

SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE FLORIDABLANCA

INFORME DIARIO MANEJO DE RESIDUOS BIOLÓGICOS VACUNAS - COVID 19

FUNCIONARIO SECRETARIA DE SALUD LOCAL DE FLORIDABLANCA	NELSON E. CIRO	NOMBRE DE LA IPS	REDINSALUD
DEPENDENCIA	SALUD AMBIENTAL	NIT	
NUMERO DE DOCUMENTO	1.095.902.064.	NOMBRE DEL GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS - NUMERO DE CONTRATO	

PGIRSH ACTUALIZADO EL MANEJO DE RESIDUOS VACUNAS COVID 19: SI_____ NO_____

FECHA (DIA - MES- AÑO)	HORA	NUMERO DE BIOLOGICOS EN STOCK	NUMERO DE BIOLOGICOS APLICADOS	NÚMERO Y TIPO DE VACUNA				RESPONSABLE DE LA IPS	FIRMA	OBSERVACIONES
				PFIZER	SINOVAC	ASTRAZENECA	OTRA (CUAL)			
27/11/2021	9:00 a.m	103 DOSIS		FJ1966 X						
		271 DOSIS			B202101096 X					
		157 DOSIS				NL0014 X				
		90 DOSIS					0175 21A. MODERNA. X			

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA

unidos avanzamos
ALCALDE MIGUEL MORENO

SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE FLORIDABLANCA

INFORME DIARIO MANEJO DE RESIDUOS BIOLÓGICOS VACUNAS - COVID 19

FUNCIONARIO SECRETARIA DE SALUD LOCAL DE FLORIDABLANCA	NELSON ESTEBAN VIDO	NOMBRE DE LA IPS	REDINSALUD
DEPENDENCIA	SALUD AMBIENTAL	NIT	900.900.178.
NUMERO DE DOCUMENTO	1.005.402.064.	NOMBRE DEL GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS - NUMERO DE CONTRATO	DESCONT.

PGIRSH ACTUALIZADO EL MANEJO DE RESIDUOS VACUNAS COVID 19: SI_____ NO_____

FECHA (DIA - MES- AÑO)	HORA	NUMERO DE BIOLOGICOS EN STOCK	NUMERO DE BIOLOGICOS APLICADOS	NÚMERO Y TIPO DE VACUNA				RESPONSABLE DE LA IPS	FIRMA	OBSERVACIONES
				PFIZER	SINOVAC	ASTRAZENECA	OTRA (CUAL)			
13/11/2021	6:30 a.m	54 DOSIS	36 DOSIS	FJ1966 X				JELLY QUIROGA.	JELLY QUIROGA TASCO	
		119 DOSIS	63 DOSIS		620210611 X					
		60 DOSIS	35 DOSIS			PV-425 X				
		144 DOSIS	74 DOSIS				941074 MODERNA X			



GOBIERNO DE FLORIDABLANCA

unidos avanzamos
ALCALDE MIGUEL MORENO

SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE FLORIDABLANCA

INFORME DIARIO
MANEJO DE RESIDUOS BIOLÓGICOS
VACUNAS - COVID 19

FUNCIONARIO SECRETARIA DE SALUD LOCAL DE FLORIDABLANCA	NELSON E. CIRO	NOMBRE DE LA IPS	REDINSALUD
DEPENDENCIA	SALUD AMBIENTAL	NIT	900 900 178
NUMERO DE DOCUMENTO	1.095.902.064	NOMBRE DEL GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS - NUMERO DE CONTRATO	DESCONT

PGIRSH ACTUALIZADO EL MANEJO DE RESIDUOS VACUNAS COVID 19: SI_____ NO_____

FECHA (DIA - MES- AÑO)	HORA	NUMERO DE BIOLOGICOS EN STOCK	NUMERO DE BIOLOGICOS APLICADOS	NÚMERO Y TIPO DE VACUNA				RESPONSABLE DE LA IPS	FIRMA	OBSERVACIONES
				PFIZER	SINOVAC	ASTRAZENECA	OTRA (CUAL)			
29/Nov/2021	9.00 a.m	120 Dosis	72 Dosis	FJ1966 X				GIAUDIA HERNANDEZ		
		Dosis 239	146 Dosis		B20210918 X					
		20 Dosis	11 Dosis			PW40025 X				
		447 Dosis	447 Dosis				017521A MODERNA X			







