ALCALDIA DE PEREIRA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA TIENDAS NATURISTAS

Versión: 02 Fecha de Vigencia: Agosto 01 de 2023

1. ESTABLECIMIENTO

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

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

INSCRITO EN LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Esta sección debe ser diligenciada por el propietario del Establecimiento

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN MATRÍCULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO *MUNICIPIO

Barrio Vereda Comuna Localidad Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro Cuál:

TELÉFONOS FAX

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT Número de documento

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO *NÚMERO DE TRABAJADORES

*TIPO DE PRODUCTOS QUE EXPENDE: Bebidas Alimentos Productos Fitoterapéuticos Suplementos Dietarios Productos homeopáticos

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

Esta sección debe ser diligenciada por el propietario ó interesado

INSPECCIÓN PRELIMINAR: El establecimiento ha sido Inspeccionado por la Entidad Territorial de Salud y dispone de copia de la ultima acta de inspección? SI NO

Fecha de la Utima Visita día / mes /año CONCEPTO: FV FAVORABLE FVR FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS D DESFAVORABLE

1.3 OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO Ó QUIEN REALIZA LA SOLICITUD	
1.4 PERSONA QUE REALIZA SOLICITUD:	
FIRMA:	
NOMBRE:	CARGO:
CÉDULA:	TELÉFONO DE CONTACTO:

2. ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Esta sección debe estar diligenciada por la Entidad Territorial de Salud

Entidad Territorial de Salud	SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA	Solicitud No	
Funcionario que realiza Ingresa información:		Fecha:	día / mes /año
Firma:			

2.1 OBSERVACIONES DE LA AUTORIDAD SANITARIA:

2.3 PARA LA AUTORIZACIÓN SANITARIA			
Fecha Visita		Hora:	

2.4 ACEPTACION Y NOTIFICACION ELECTRÓNICA

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

SI ☐
NO ☐