PEREIRA
Gobierno de la Ciudad
CAPITAL DEL EJE

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA TIENDAS NATURISTAS
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA
DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL
ACTA Nº _____

Versión: 01 — Fecha de Vigencia:

DEPARTAMENTO: Risaralda — MUNICIPIO: Pereira — FECHA: 20/09/2023

CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 66 — CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 66001 — NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: _____

Este campo debe ser diligenciado por la Entidad Territorial de Salud (ETS)

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: Grupo Empresarial Ciencia Natural S.A.S.

NOMBRE COMERCIAL: Tienda Naturista Medinat SyP

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [X] — Número de Identificación Tributaria: 900385794-6.

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: _____

*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: Carrera 7a Nº 21-39 C.C. Panacea Local 1.

Rural [ ] Urbano [X] Barrio [ ] Vereda [ ] Comuna [ ] Corregimiento [ ] Sector [ ] OTRO [ ]

Cuál: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: 3177835807

CORREO ELECTRÓNICO: Talento.humano@medinat.com.co

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA: Carrera 16 Nº 20-06 Piso 4 Ed. Medinat.

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: Talento.humano@medinat.com.co — Autoriza la notificación electrónica? SI [X] NO [ ]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Armenia — *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Quindío

Seleccione con [X] las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto del Programa Riesgo por consumo de Alimentos:

TIENDA NATURISTA	Expendio de alimentos y bebidas	
	Expendio de fitoterapeuticos	
	Expendio de productos Homeopaticos	X
	Expendio de suplementos dietarios	X

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: Lunes a Sabado 9am-7pm — *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

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: día / mes /año — Ultimo concepto sanitario emitido: _____

Funcionario que realiza Inscripción: _____

OBSERVACIONES:

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

Se le hace saber al propietario del establecimiento o la persona jurídica, según aplique, que una vez diligecie el presente formulario, es necesario que allegue a la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira, los siguientes documentos a través del correo pqrs-salud@pereira.gov.co:

a) Nombre o razón social del establecimiento
b) Ciudad y dirección de su domicilio
c) Certificado de existencia y representacion legal expedido por la Cámara de Comercio de Pereira
d) Viabilidad de uso del suelo expedido por planeación municipal de la Alcaldía de Pereira
e) Nombre del representante legal y del responsable de la venta de los productos en el establecimiento
f) Fotocopia del diploma o certificado académico que acredite la formación de escolaridad mínima que es exigida a la persona responsable de la venta en el establecimiento
g) Carné de manipulación de alimentos de acuerdo con lo establecido en el Decreto 3075 de 1997 y demás normas que lo adicionen, modifiquen y/o sustituyan, cuando se requiera
h) Protocolo para el manejo de residuos y similares de conformidad con las normas actuales de acuerdo con el residuo. Resolución 126 de 2009 Art 4, 5 y 7.

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

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

NOMBRE COMPLETO: Doraly Caidona G. — FIRMA: [signature]

CÉDULA: 25023728. — EN CALIDAD DE: Responsable SST

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

NOMBRE COMPLETO: _____ — FIRMA: _____

CÉDULA: _____ — EN CALIDAD DE: _____

Se entrega copia al interesado.

La Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes, es responsable del tratamiento de sus datos personales que le son solicitados desde sus actividades de I.V.C., los cuales serán utilizados para el desarrollo de su misión. De otro lado, por su naturaleza, los datos que tienen carácter de públicos pueden estar contenidos en estas actas, sin autorización del titular art 10 Ley 1581 de 2012

Powered by CamScanner