

ANEXO D
SOLICITUD DE PERMISO DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS, VEHÍCULOS QUE TRANSPORTAN ALIMENTOS Y/O BEBIDAS, FUNCIONAMIENTO DE EMBARCACIONES Y VEHÍCULOS QUE TRANSPORTAN MATERIA ORGÁNICA

Espacio exclusivo para MINSAL	NÚMERO DE SOLICITUD	FECHA DE RECEPCIÓN	MARGINAR A LA UCSF		<input type="checkbox"/> 1r PERMISO	<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN
CÓDIGO ASIGNADO A LA EMBARCACIÓN (Si aplica)						
1. Datos de representante legal		PROPIETARIO	REPRESENTANTE LEGAL	APODERADO		
NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD				NACIONALIDAD		
NÚMERO DE DUI	NÚMERO DE CARNET DE RESIDENTE O PASAPORTE (Solo extranjeros)	CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO		
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO			
RAZÓN/RAZON SOCIAL (Si aplica)						
INSCRITO AL REGISTRO DE COMERCIO CON EL NÚMERO	NIT DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA	TELÉFONO OFICINA	NÚMERO DE CELULAR			

Completar (2) (3) y (4) si es solicitud para permiso sanitario de instalación y funcionamiento de establecimiento

2. Datos del establecimiento			TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y CÓDIGO DE INFRAESTRUCTURA (Si aplica)			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO						
DIRECCIÓN			MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
INSCRITO AL RC CON EL NÚMERO	CAPITAL INSCRITO	NIT	TELÉFONO	NÚMERO DE CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	
TOTAL DE EMPLEADOS DE PLANTA (EXCLUYENDO ADMINISTRATIVO)						
MASCULINO			FEMENINO			
3. Datos complementarios para las fábricas de alimentos o otros establecimientos alimentarios			4. Datos complementarios para fábricas (concepto alimentarios) Industriales, Comercios, Supermercados			
DIRECCIÓN EXACTA DE LAS OFICINAS CENTRALES						
TELÉFONO OFICINA CENTRAL	NÚMERO DE CELULAR DE OFICINA CENTRAL	CORREO ELECTRÓNICO OFICINA CENTRAL				
LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA			LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA			
BOSE/REGISTRO SANITARIO						

TELÉFONO OFICINA CENTRAL	NÚMERO DE CELULAR DE OFICINA CENTRAL	CORREO ELECTRÓNICO OFICINA CENTRAL
LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA		POSEE REGISTRO SANITARIO
SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACIÓN, ANEXAR LA HOJA DE ACUERDO AL FORMATO		

TELÉFONO OFICINA CENTRAL	NÚMERO DE CELULAR DE OFICINA CENTRAL	CORREO ELECTRÓNICO OFICINA CENTRAL
LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA	LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA	
SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACIÓN, ANEXAR LA HOJA DE ACUERDO AL FORMATO		

Completar (5) (6) (7) y (8) si es solicitud para permiso sanitario de funcionamiento de vehículos que transportan alimentos y/o bebidas

5. Datos de la unidad de transporte

N°	No DE PLACA	TIPO DE VEHÍCULO	TIPO DE ALIMENTOS		TIPO DE PERMISO		No DE EMPLEADOS (CONDUCTOR Y AYUDANTES)	No DE SOLICITUD Y CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN ASIGNADO POR MINSAL
			PERECEDEROS	NO PERECEDEROS	PRIMERA VEZ	RENOVACION		

6. Dirección de permanencia de vehículo/operaciones

	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENCIARÁ LA INSPECCIÓN	TELÉFONO	

7. Otros datos

LOS ALIMENTOS SON DISTRIBUIDOS POR LA EMPRESA	
DIRECCIÓN EMPRESA DISTRIBUIDORA	
LUGARES DE COMERCIALIZACIÓN O DESTINO FINAL	

8. TIPO DE ALIMENTOS QUE TRANSPORTAN EN EL VEHÍCULO

Completar (9) y (10) si es solicitud para permiso sanitario de funcionamiento de embarcaciones

9. Datos de la embarcación

NOMBRE DE LA EMBARCACIÓN	TIPO DE EMBARCACIÓN
RAZÓN SOCIAL	

8. TIPO DE ALIMENTOS QUE TRANSPORTAN EN EL VEHÍCULO

Completar (9) y (10) si es solicitud para permiso sanitario de funcionamiento de embarcaciones

9. Datos de la embarcación		TIPO DE EMBARCACIÓN
NOMBRE DE LA EMBARCACIÓN		
RAZÓN SOCIAL		
DIRECCIÓN DEL MUELLE DONDE ATRACA	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

10. Número de certificado de matrícula		
INSCRITO AL RC	CAPITAL	NIT DE EMPRESA O PERSONA NATURAL
TOTAL DE TRIPULANTES		

Completar (11) (12) y (13) para solicitud de permiso sanitario para vehículos que transportan materia orgánica

11. Datos del conductor de la Unidad de Transporte		
NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NACIONALIDAD
No. DE LICENCIA	TELÉFONO	

12. Nombre de la persona que presenciara la inspección	Teléfono

13. Otros datos

TIPO DE MATERIA ORGÁNICA QUE TRANSPORTA LA UNIDAD		PULPA DE CAFÉ		GALLINAZA
TIPO DE MATERIA ORGÁNICA	CANTIDAD EN M3			
PULPA DE CAFÉ				
GALLINAZA				

14. Firma del solicitante	
FIRMA DEL SOLICITANTE (PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO)	SELLO

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
Fecha de recepción		SELLO