La resolución 2674 del 2013, en su artículo 50 determina que los establecimientos de preparación, almacenamiento, expendio y/o consumo de alimentos y bebidas deben inscribirse ante la autoridad sanitaria territorial (Secretaría de Salud Municipal). Así mismo y de manera permanente, deberán informar de manera inmediata a la autoridad sanitaria competente, cualquier cambio de propiedad, razón social, ubicación, cierre temporal o definitivo del mismo. La inscripción debe hacerse de forma anual durante el primer trimestre del año.

Por favor diligencie a mano con letra legible el formulario que encuentra a continuación y envíelo a la Calle 19 #10-02 Secretaría de Salud en horario de oficina de lunes a viernes.

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (Esta sección debe ser diligenciada por el representante legal del establecimiento o interesado)

Representante Legal _____
CC/NIT _____ Nombre y apellido del propietario: _____
Razón social _____
Dirección_____ Barrio /Vereda _____
Comuna/Corregimiento_____ Teléfono _____Fax _____
Correo Electrónico _____
Municipio_____ Departamento _____

- **TIPO DE ESTABLECIMIENTO**. Marque la(s) opción(es) correspondiente(s).

☐ Asadero
☐ Bar
☐ Bingo
☐ Bodega
☐ Cafetería
☐ Cantina
☐ Casa de Banquetes
☐ Casino
☐ Centros de Bienestar del Anciano (CBA)
☐ Centro Comercial
☐ Comidas rápidas
☐ Depósito
☐ Discoteca
☐ Escenario deportivo y cultural
☐ Estación de Servicio
☐ Estanquillo
☐ Heladería
☐ Hogar infantil
☐ Hogar comunitario
☐ Institución educativa
☐ Juegos electrónicos
☐ Lava auto
☐ Lechonería
☐ Maquinas paga monedas
☐ Organización No Gubernamental (ONG)
☐ Panadería y pastelería
☐ Pañalera
☐ Restaurante

☐ Revueltería
☐ Supermercado
☐ Tamalería
☐ Tienda
☐ Tiendas naturista
☐ Otro_____
_____
_____

- **ACTIVIDAD PRINCIPAL**. Marque la(s) opción(es) correspondiente(s).

☐ Preparación de alimentos
☐ Almacenamiento
☐ Expendio de alimentos y bebidas
☐ Consumo de alimentos bebidas

Descripción de la actividad: _____
_____
_____
_____

- **DEPENDENCIA.** Marque la opción correspondiente si el establecimiento funciona independiente o dentro de alguna de las alternativas a continuación:

☐ Independiente
☐ Superficie comercial.
☐ Otros _____
_____
_____
_____

INSPECCIONES PRELIMINARES
El establecimiento ha sido inspeccionado por la Entidad Territorial de Salud
SI _____ NO_____
Fecha última inspección Día ____ Mes _____ Año _____
Concepto: Favorable _____ Pendiente _____ Desfavorable _____ Inactivo_____

DILIGENCIADO POR: _____
C.C. _____
FIRMA_____

ESTA SECCIÒN ES PARA DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

INSCRIPCIÒN Nº_____ PRIMERA VEZ _____ RENOVACIÒN_____

FECHA: Día_____ Mes_____ Año_____

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA INSCRIPCIÒN_____

OBERVACIONES:_____
_____
_____
_____
_____
_____