La resolución 3753 del 2013, determina que los establecimientos de expendio y/o almacenamiento de carne 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 _____

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

  ☐ Expendio de Carne ☐ Almacenamiento

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

  ☐ Desposte ☐ Comercialización

  ☐ Desprese ☐ Fraccionamiento

- **TIPO DE CARNE:** Seleccione la(s) opción (es) que aplique a su establecimiento:

  ☐ Bovino ☐ Aviar

  ☐ Porcino ☐ Pescado

  ☐ Caprino ☐ Moluscos y crustáceos.

☐ Otros_____

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

☐ Independiente

☐ Supermercado/ Mini mercado

☐ Plaza de Mercado

☐ 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:_____

_____

_____

_____

_____

_____