


COPIA CONTROLADA

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	SALUD PÚBLICA	Código: F-SP-VC08-48
	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE CARNE Y PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES	
	Fecha Aprobación: 05/12/16	
	Versión: 01	
Página 1 de 1		

DEPARTAMENTO DE LA INSCRIPCIÓN	MUNICIPIO DE LA INSCRIPCIÓN	FECHA
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text" value="día / mes / año"/>
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo ó interesado)

*MARCA DE VEHÍCULO MODELO

* ¿CUAL ES UNIDAD DE TRANSPORTE CON LA QUE CUENTA EL VEHÍCULO?:

TIPO FURGON <input type="checkbox"/>	PLACA DEL VEHÍCULO <input style="width: 150px;" type="text"/>
TIPO REMOLQUE <input type="checkbox"/>	PLACA DEL REMOLQUE <input style="width: 150px;" type="text"/>
TIPO SEMIRREMOLQUE <input type="checkbox"/>	PLACA DEL SEMIREMOLQUE <input style="width: 150px;" type="text"/>

* ¿CUENTA CON CAJA, CONTENEDOR O CISTERNA, CON AISLAMIENTO TÉRMICO (ISOTERMO)? SI NO

* ¿CUENTA CON UNIDAD DE FRÍO? SI NO

IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo ó interesado)

*NOMBRE DEL PROPIETARIO

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

TELÉFONO FAX: CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

*DIRECCIÓN DOMICILIO

*MUNICIPIO DOMICILIO *DEPARTAMENTO DOMICILIO

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

Entidad Territorial de Salud Inscripción No

Funcionario que realiza Inscripción: Fecha:

OBSERVACIONES:

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

Por parte del responsable del vehículo o quien realiza la inscripción del vehículo:

ENTREGADO POR: (Propietario o interesado del vehículo)

FIRMA:	NOMBRE:
CÉDULA:	TELÉFONO DE CONTACTO:

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

FIRMA:	NOMBRE:
CÉDULA:	TELÉFONO DE CONTACTO:

Se Recuerda que el propietario del vehículo tiene (2) dos años contados a partir de la expedición de los lineamientos por parte de Invima, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo del artículo 7 del Decreto 1282 de 2016, para cumplir con lo establecido en el Decreto 1500 y sus reglamentos técnicos complementarios, una vez finalizados estos (2) dos años o antes deberá solicitar ante la Entidad Territorial de Salud - ETS correspondiente la Autorización Sanitaria para Transporte - AST, en caso de evidenciar incumplimiento será objeto de las sanciones previstas en los artículos 576 y 577 de la Ley 09 de 1979 y capítulo III del Decreto 1500 de 2007 y las respectivas medidas sanitarias de seguridad sobre los productos transportados.