


INSTRUCTIVO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS DE ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS


El presente instructivo le guiará en el proceso de diligenciamiento del formato que se encuentra en esta página y que contribuirá a la transparencia y legalidad de su establecimiento o vehículo.


1. En la página encontrara el vínculo que lo guiara a la apertura del formulario el cual se encuentra en un [formulario formato PDF](#) o

[formulario formato Xls](#)

2. Puede emplear una de las 2 opciones sugeridas:

A. Descargar el formulario y diligenciar digitalmente 

B. Imprimirlo directamente del vínculo web y diligenciar a mano (se pide letra legible, tipo imprenta y campos en mayúscula) 





Gobernación del Cauca

1. Formulario de Inscripción

PROCEDIMIENTO PARA DILIGENCIAR FORMULARIO:

Una vez descargado en su equipo, abra el documento:

Seleccione la celda y digite la información correspondiente:

		FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS			
DEPARTAMENTO	1	MUNICIPIO	2	FECHA	3 día / mes / año
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	4	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	5	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	6
IDENTIFICACION DEL SUJETO (Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)					
1	Departamental o Distrital o Municipal	OBLIGATORIO	Digite el Departamento en el cual se ubica el establecimiento. Utilice caracteres en mayúscula y/o tipo imprenta legible si lo diligencia manualmente.		



Gobernación del Cauca

Secretaría de Salud

2	Municipio	OBLIGATORIO	Digite el Municipio en el cual se ubica el establecimiento. Utilice caracteres en mayúscula y/o tipo imprenta legible si lo diligencia manualmente.
3	Fecha de inscripción	OBLIGATORIO	Digite en número la fecha de Inscripción, DIA/MES/AÑO , separados por un slash o diagonal (/). Ejemplo: 07/02/2022
4	COD Divipola Dpto	OBLIGATORIO	Digite el código correspondiente al departamento donde se encuentra el establecimiento. (Ver códigos o ver códigos al final de este instructivo)
5	COD Divipola Municipio	OBLIGATORIO	Digite el código correspondiente al municipio donde se encuentra el establecimiento. (Ver códigos o ver códigos al final de este instructivo)
6	Numero de Inscripción	OBLIGATORIO	Esta Celda, deberá diligenciarse con el número de inscripción acorde al instructivo (Código Divipola del Dpto + Código Divipola del municipio + Nit o Cédula)

Proceso Inspección, Vigilancia y Control Sanitario

Calle 5 No 15-57 Barrio Valencia, Popayán-Cauca

Teléfono: (057+2) 8209601

despachosalud@cauca.gov.co

www.saludcauca.gov.co



Gobernación del Cauca

Secretaría de Salud

Ejemplo

		FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS			
DEPARTAMENTO	CAUCA	MUNICIPIO	ALMAGUER	FECHA	26/04/2022
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	19	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	022	NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	1902234565344
IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO (Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)					

IDENTIFICACION DEL SUJETO

En este proceso debe tener en cuenta el tipo de sujeto el cual va a diligenciar:

Sujeto Persona Jurídica

Sujeto Persona Natural

Persona Jurídica: Si es persona jurídica llene solamente este cuadro:

IDENTIFICACION 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	7		
NOMBRE COMERCIAL	8		
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT 9	Número de Identificación Tributaria	10
7	Razón Social o Nombre	OBLIGATORIO	Digite en MAYUSCULA la razón social o nombre del Establecimiento.
8	Nombre comercial del Establecimiento	OBLIGATORIO	Digite en MAYUSCULA el nombre comercial del Establecimiento.
9	Tipo de documento	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable CC, NIT ó CE según corresponda.
10	Número de NIT o Cédula o CE	OBLIGATORIO	Digite el número del documento sin espacios, sin puntos, sin comas.

Proceso Inspección, Vigilancia y Control Sanitario

Calle 5 No 15-57 Barrio Valencia, Popayán-Cauca

Teléfono: (057+2) 8209601

despachosalud@cauca.gov.co

www.saludcauca.gov.co



Persona Natural: Si es persona Natural llene solamente este cuadro:

PERSONA NATURAL			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	7		
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	8		
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> 9	C.E. <input type="checkbox"/>	Número de documento <input type="text" value="10"/>
7	Razón Social o Nombre	OBLIGATORIO	Digite en MAYUSCULA la razón social o nombre del Establecimiento.
8	Nombre comercial del Establecimiento	OBLIGATORIO	Digite en MAYUSCULA el nombre comercial del Establecimiento.
9	Tipo de documento	OBLIGATORIO	Seleccione de la Lista Desplegable CC, CE según corresponda.
10	Número de NIT o Cédula o CE	OBLIGATORIO	Digite el número del documento sin espacios, sin puntos, sin comas.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO

(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

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	11		
Rural <input type="checkbox"/>	Urbano <input type="checkbox"/>	Barrio <input checked="" type="checkbox"/> xx	Vereda <input checked="" type="checkbox"/> xx
Comuna <input type="checkbox"/>	Localidad <input type="checkbox"/>	Sector <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>
Caserío <input type="checkbox"/>	UPZ <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> Cuál: <input type="text"/>	
TELÉFONO	<input type="text" value="12"/>	FAX:	<input type="text" value="12"/>
CELULAR:	<input type="text" value="12"/>		
CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text" value="13"/>		
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA	<input type="text" value="14"/>		
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	<input type="text" value="15"/>	Autoriza la notificación electrónica?	16 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	<input type="text" value="14a"/>	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	<input type="text" value="14b"/>



Gobernación del Cauca

Secretaría de Salud

11	Ubicación / Dirección	OBLIGATORIO	Digite en MAYÚSCULA la dirección completa Por ejemplo: CL 5 # 2 – 64 CS 22 MZ 31 BR LA PRADERA . Valide y seleccione con una (X) los cuadros que describan mejor la dirección del establecimiento (rural, urbano, comuna, localidad, sector, corregimiento, UPZ, u otro.
12	Número del teléfono fijo o celular	OPCIONAL	Digite el número sin espacios, sin puntos, comas y sin guión , en caso de ser un número fijo indicar, por ejemplo: 60 + Indicativo de la ciudad + número telefónico fijo de 7 dígitos
13	Correo electrónico	OPCIONAL	Digite correctamente el correo electrónico
14	Dirección física de Notificación	OBLIGATORIO	En casos que la dirección de notificaciones No sea la misma del establecimiento, Digite la dirección completa.
14 a	Municipio de dirección de notificación	OBLIGATORIO	Digite el municipio
14 b	Departamento de dirección de notificación	OBLIGATORIO	Digite el departamento
15	Dirección electrónica de Notificación	OPCIONAL	Digite correctamente el correo electrónico
16	Autoriza la notificación electrónica	OPCIONAL	Seleccione con una (x) SI o NO



Gobernación del Cauca

Secretaría de Salud

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta en Vía Pública	Puesto Fijo o Estacionario	
	Cafetería	X		Productos de la Pesca			Puesto Móvil o Ambulante	
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con Preparación de Alimentos	
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble Menú			Ambulante con Preparación de Alimentos	
	Comidas Rápidas			Ensamble Refrigerio			Expendio Bebidas Alcohólicas	
Comedores	Programas Sociales del Estado		Almacenamiento	Almacenamiento a Temperatura Ambiente		Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores Carcelarios p Penitenciarios (USPEC)			Dador de Frío			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

Espacio exclusivo para la ETS

Este Campo No Se Diligencia Por El Suscriptor, es exclusivo para le Entidad Territorial de Salud

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fecha de última inspección	<input type="text" value="día / mes / año"/> Ultimo concepto sanitario emitio <input type="text"/>
Funcionario que realiza Inscripción:	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES:	
Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:	
Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:	
17	
ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)	
NOMBRE COMPLETO: 18	FIRMA: 20
CÉDULA: 19	EN CALIDAD DE: 21
RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)	
NOMBRE COMPLETO: 22	FIRMA: 24
CÉDULA: 23	EN CALIDAD DE: 25
Se entrega copia al interesado.	



17	Observaciones por parte del sujeto o establecimiento:	OBLIGATORIO	Si tiene observaciones o información adicional digítela en este campo
18	NOMBRE COMPLETO:	OPCIONAL	Digite su nombre completo
19	CÉDULA:	OPCIONAL	Digite su número de documento
20	FIRMA	OBLIGATORIO	Firme/ en caso de no firmar digite su nombre.
21	EN CALIDAD DE	OBLIGATORIO	Digite el cargo que desempeña en el establecimiento (dueño, administrador...)
22-25		N/a	Espacios exclusivos para la entidad de salud.

Una vez haya diligenciado y firmado el formato, escanéelo, guárdelo con formato PDF nombrando dicho archivo con el nombre del establecimiento y el número de Inscripción ej: "Restaurante LASDELICIAS 192342544377" y envíelo en el vínculo solicitado:



CODIGOS DIVIPOLA CAUCA

MUNICIPIO	COD DEPARTAMENTO	COD MUNICIPIO
ALMAGUER	19	022
ARGELIA	19	050
BALBOA	19	075
BOLIVAR	19	100
BUENOS AIRES	19	110
CAJIBIO	19	130
CALDONO	19	137
CALOTO	19	142
CORINTO	19	212
EL TAMBO	19	256
FLORENCIA	19	290
GUACHENE	19	300
GUAPI	19	318
INZA	19	355
JAMBALO	19	364
LA SIERRA	19	392
LA VEGA	19	397
LOPEZ DE MICAY	19	418
MERCADERES	19	450
MIRANDA	19	455
MORALES	19	473
PADILLA	19	513
PAEZ	19	517
PATIA	19	532
PIAMONTE	19	533
PIENDAMO	19	548
POPAYAN	19	001
PUERTO TEJADA	19	573
PURACE	19	585
ROSAS	19	622
SAN SEBASTIAN	19	693
SANTA ROSA	19	701
SANTANDER DE QUILICHAO	19	698
SILVIA	19	743
SOTARA	19	760
SOTARA	19	760
SUAREZ	19	780
SUCRE	19	785
TIMBIO	19	807
TIMBIQUI	19	809



Gobernación del Cauca

Secretaría de Salud

TORIBIO	19	821
TOTORO	19	824
VILLA RICA	19	845