SOLICITUD DE CONCEPTO SANITARIO PARA TIENDA NATURISTA

San Juan de Pasto, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor

DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO

Directora - Instituto Departamental de Salud de Nariño

Pasto – Nariño

Cordial Saludo,

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como representante legal del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NIT No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adjunto al presente los siguientes documentos para obtener el concepto sanitario:

1. Cámara de comercio vigente.
2. Copia de diploma de bachiller o certificado de haber cursado y aprobado noveno grado de bachiller, de la persona que atiende el establecimiento
3. Certificación de capacitación relacionada con los productos que usted distribuye y/o comercializa de cualquier institución e intensidad horaria.
4. Viabilidad de uso de suelos (expedido por planeación municipal o el ente territorial correspondiente)
5. Copia de contrato de trabajo suscrito entre el propietario y el responsable de atender el establecimiento. Si quien atiende es el mismo propietario N/A
6. Copia de la carta de aprobación del plan de manejo de residuos
7. Carné de manipulación de alimentos de acuerdo a lo establecido en el Decreto 3075 de 1997 y demás normas que lo adicionen, modifiquen y/o sustituyan, cuando se requiera.
8. Copia de la última acta de visita con concepto favorable (no mayor de 30 días)

Sin otro particular por el momento me suscribo.

Atentamente,

Propietario y/o representante legal Nombre Tienda Naturista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección para notificaciones de información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_