

**SOLICITUD DE PERMISO DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS,  
VEHÍCULOS QUE TRANSPORTAN ALIMENTOS Y/O BEBIDAS, FUNCIONAMIENTO DE EMBARCACIONES  
Y VEHÍCULOS QUE TRANSPORTAN MATERIA ORGÁNICA**

|   |                                |                                   |  |  |  |                            |                          |  |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|----------------------------|--------------------------|--|
| Espacio exclusivo para MINSAL   | NÚMERO DE SOLICITUD            | FECHA DE RECEPCIÓN                | MARGINAR A LA UNIDAD DE SALUD                |  |  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |  |
|   |                                |                                   |  |  |  | 1.º Permiso                | Renovación               |  |
| CÓDIGO ASIGNADO A LA EMBARCACIÓN (SI APLICA)  |                                |                                   |  |  |  |                            |                          |  |
| 1. DATOS DEL SOLICITANTE  |                                | PROPIETARIO                       | REPRESENTANTE LEGAL                          | APODERADO  |  |                            |                          |  |
| NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD   |                                |                                   |  |  |  |                            | NACIONALIDAD             |  |
| NÚMERO DE DUI   |                                | NÚMERO CARNÉ DE RESIDENTE         | CORREO ELECTRÓNICO                           |  |  | TELÉFONO                   |                          |  |
| DIRECCIÓN   |                                |                                   | DISTRITO                                     |  | DEPARTAMENTO                           |                            |                          |  |
| RAZÓN SOCIAL (Si aplica)  |                                |                                   |  |  |  |                            |                          |  |
| INSCRITO AL REGISTRO DE COMERCIO CON EL NÚMERO  |                                | NIT DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA | TELÉFONO DE OFICINA                          |  |  | NÚMERO DE CELULAR          |                          |  |
| Completar (2) (3) y (4) si es solicitud para permiso sanitario de instalación y funcionamiento de establecimiento                       |                                |                                   |  |  |  |                            |                          |  |
| 2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO  |                                |                                   |  | TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y CÓDIGO DE INFRAESTRUCTURA (SI APLICA)                              |  |                            |                          |  |
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  |                                |                                   |  |  |  |                            |                          |  |
| DIRECCIÓN   |                                |                                   |  | DISTRITO   |  | DEPARTAMENTO               |                          |  |
| INSCRITO AL RC CON EL NÚMERO  | CAPITAL INSCRITO               | NIT                               | TELÉFONO                                     | NÚMERO CELULAR   | CORREO ELECTRÓNICO                     |                            |                          |  |
| TOTAL DE EMPLEADOS DE PLANTA (EXCLUYENDO ADMINISTRATIVO)  |                                |                                   |  |  |  |                            |                          |  |
| MASCULINO   |                                |                                   | FEMENINO                                     |  |  |                            |                          |  |
| 3. DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LAS FÁBRICAS DE ALIMENTOS U OTROS ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS   |                                |                                   |  | 4. DATOS COMPLEMENTARIOS PARA FÁBRICAS (EXCEPTO ALIMENTARIAS) INDUSTRIA, COMERCIO, SIMILARES |  |                            |                          |  |
| DIRECCIÓN EXACTA DE LAS OFICINAS CENTRALES  |                                |                                   |  | DIRECCIÓN EXACTA DE LAS OFICINAS CENTRALES   |  |                            |                          |  |
| TELÉFONO OFICINA CENTRAL  | NÚMERO CELULAR OFICINA CENTRAL | CORREO ELECTRÓNICO OFICINA        |  | TELÉFONO OFICINA CENTRAL   | NÚMERO CELULAR OFICINA CENTRAL         | CORREO ELECTRÓNICO OFICINA |                          |  |
| LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA  |                                | POSEE REGISTRO SANITARIO          |  | LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA   |  | POSEE REGISTRO SANITARIO   |                          |  |
| SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACIÓN, ANEXAR LA HORA DE ACUERDO AL FORMATO   |                                |                                   |  | SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACIÓN, ANEXAR LA HORA DE ACUERDO AL FORMATO          |  |                            |                          |  |
| COMPLETAR (5) (6) (7) Y (8) SI ES SOLICITUD PARA PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO DE VEHÍCULOS QUE TRANSPORTAN ALIMENTOS Y/O BEBIDAS |                                |                                   |  |  |  |                            |                          |  |
| 5. DATOS DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE   |                                |                                   |  |  |  |                            |                          |  |
| Nº  | N.º DE PLACA                   | TIPO DE VEHÍCULO                  | TIPO DE ALIMENTOS PERECEDEROS NO PERECEDEROS |  | TIPO DE PERMISO PRIMERA VEZ RENOVACIÓN |                            | NUMERO DE EMPLEADOS      | Nº DE SOLICITUD Y CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN ASIGNADO POR MINSAL |
|   |                                |                                   |  |  |  |                            |                          |  |
| 6. DIRECCIÓN DE PERMANENCIA DE VEHÍCULOS /OPERACIONES   |                                |                                   |  |  | DSITRITO                               |                            | DEPARTAMENTO             |  |
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENCIARÁ LA INSPECCIÓN  |                                |                                   |  |  | TELÉFONO                               |                            |                          |  |

|  |                            |  |              |
|--|----------------------------|--|--------------|
| <b>7. OTROS DATOS</b>  |                            |  |              |
| LOS ALIMENTOS SON DISTRIBUIDOS POR LA EMPRESA  |                            |  |              |
| DIRECCIÓN DE LA EMPRESA  |                            |  |              |
| LUGARES DE COMERCIALIZACIÓN O DESTINO FINAL  |                            |  |              |
| <b>8. TIPO DE ALIMENTOS QUE TRANSPORTAN EN EL VEHÍCULO</b>                           |                            |  |              |
|  |                            |  |              |
|  |                            |  |              |
| COMPLETAR (9) Y (10) SI ES SOLICITUD PARA PERMISO DE FUNCIONAMIENTO DE EMBARCACIONES |                            |  |              |
| <b>9. DATOS DE LA EMBARCACIÓN</b>  |                            |  |              |
| NOMBRE DE LA EMBARCACIÓN   |                            |  |              |
|  |                            |  |              |
| RAZÓN SOCIAL   |                            |  |              |
|  |                            |  |              |
| DIRECCIÓN DEL MUELLE DONDE ATRACA  |                            | DISTRITO                                 | DEPARTAMENTO |
|  |                            |  |              |
| <b>10. NUMERO DE CERTIFICADO DE MATRÍCULA</b>  |                            |  |              |
|  |                            |  |              |
| INSCRITO AL RC   | CAPITAL                    | NIT DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL      |              |
|  |                            |  |              |
| TOTAL DE TRIPULANTES   |                            |  |              |
|  |                            |  |              |
| <b>11. DATOS DEL CONDUCTOR DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE</b>                            |                            |  |              |
| NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD  |                            | NACIONALIDAD                             |              |
|  |                            |  |              |
| N ° DE LICENCIA  | TELÉFONO                   |  |              |
|  |                            |  |              |
| <b>12. NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENCIARÁ LA INSPECCIÓN</b>                        |                            |  |              |
|  |                            |  |              |
| <b>13. OTROS DATOS</b>   |                            |  |              |
|  |                            |  |              |
| TIPO DE MATERIA ORGÁNICA QUE TRANSPORTA LA UNIDAD                                    |                            | PULPA DE CAFÉ                            | GALLINAZA    |
|  |                            |  |              |
| TIPO DE MATERIA ORGÁNICA   | CANTIDAD EN METROS CÚBICOS |  |              |
| PULPA DE CAFÉ  |                            |  |              |
| GALLINAZA  |                            |  |              |
| <b>14. FIRMA DEL SOLICITANTE</b>   |                            |  |              |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>   |                            | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |              |
| FIRMA DEL SOLICITANTE (PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO)                |                            | SELLO                                    |              |