

PLANILLA PARA SOLICITUD DE INSPECCIÓN (SERVICIO DE ALIMENTACIÓN – AGROINDUSTRIA)

INN-GNC-P001

LEER INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

FECHA DE SOLICITUD		
01. DIA	02. MES	03. AÑO

04. TIPO DE ESTABLECIMIENTO A INSPECCIONAR		
☐ SERVICIO DE ALIMENTACIÓN LABORAL	☐ SERVICIO DE ALIMENTACIÓN HOSPITALARIO	
☐ SERVICIO DE ALIMENTACIÓN EDUCATIVO	☐ AGROINDUSTRIA	

A.- DATOS DEL SOLICITANTE DE LA INSPECCIÓN

05. APELLIDOS		06. NOMBRES		07. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
				☐ V ☐ E -	
08. MATRICULA DEL M.P.P.S.		09. PROFESIÓN		10. CARGO	
11. N° DE TELÉFONO		12. N° DE CELULAR		13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

B.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE SERÁ INSPECCIONADO

14. RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO			
15. ÁREA DE CONSTRUCCIÓN (mts²)		16. N° DE RIF	
17. TIPO DE ESTABLECIMIENTO			
☐ LABORAL		☐ HOSPITALARIO	
☐ EDUCATIVO		☐ AGROINDUSTRIA	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
18. ESTADO	19. CIUDAD	20. MUNICIPIO	21. PARROQUIA
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
22. URBANIZACIÓN/SECTOR	23. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		24. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
25. PISO/PLANTA/LOCAL	26. CÓDIGO POSTAL	27. PUNTO DE REFERENCIA	
28. N° DE TELÉFONO	29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO		

C.- DATOS DEL PROPIETARIO O ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO O SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

30. APELLIDOS		31. NOMBRES		32. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
				☐ V ☐ E -	
33. MATRICULA DEL M.P.P.S.		34. PROFESIÓN/OFICIO			
35. N° DE TELÉFONO		36. N° DE CELULAR		37. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter de Solicitante autorizado, declaro bajo juramento que el contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.

FIRMA DEL SOLICITANTE

INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE INSPECCIÓN (SERVICIO DE ALIMENTACIÓN – AGROINDUSTRIA)

FECHA DE SOLICITUD (01. DÍA; 02. MES; 03. AÑO) Indicar día, mes y año de introducción de la solicitud de conformidad y aprobación de proyecto para establecimiento de salud.

04. TIPO DE ESTABLECIMIENTO A INSPECCIONAR. Rellene el cuadro una vez:

Servicio de alimentación Laboral: Se refiere a proveer alimentos a los trabajadores de las empresas bien sean públicas o privadas.

Servicio de alimentación Educativo: Se refiere al servicio de alimentación de instituciones educativas públicas y privadas.

Servicio de alimentación Hospitalario: Se refiere a la elaboración de comidas diarias a todos los pacientes según las necesidades nutricionales de cada uno.

Agroindustria: Se refiere a las actividades de manufacturación mediante las cuales se elaboran materias primas y productos intermedios

A.- DATOS DEL SOLICITANTE DE LA INSPECCIÓN

05. APELLIDOS Indicar Apellidos completos del (de la) Representante Legal o director médico del establecimiento.

06. NOMBRES Indicar Nombres completos del (de la) Representante Legal o director médico del establecimiento.

07. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD Reseñar si es venezolano(a) (**V**) o, extranjero(a) (**E**) y a continuación el número de cédula.

08. MATRÍCULA DEL M.P.P.S. Indicar si corresponde el número de Matrícula del registro como profesional en el Ministerio de Salud.

09. PROFESIÓN Indicar la profesión del Representante Legal o director médico del establecimiento.

10. CARGO Indicar el cargo que ejerce en la organización

11. N° DE TELÉFONO Indicar el código de área teléfono de ubicación del Representante Legal o director médico del establecimiento.

12. N° DE CELULAR Indicar el teléfono celular de contacto del Representante Legal o director médico del establecimiento.

13. CORREO ELECTRÓNICO Dirección de correo electrónico de contacto para envío de información oficial al Representante Legal o director médico del establecimiento del Establecimiento.

B.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE SERÁ INSPECCIONADO

14. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA. Denominación social según el Registro Mercantil del establecimiento.

15. ÁREA DE CONSTRUCCIÓN (mts²). Indicar el área de construcción que tendrá el local expresado en metros cuadrados.

16. N° DE RIF. Número del Registro de Información Fiscal (RIF) del establecimiento solicitante.

17. TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Marque con una equis (X) la solicitud a realizar.

Establecimiento Laboral

Establecimiento Educativo

Establecimiento Hospitalario

Establecimiento Agroindustria.

18. ESTADO. Indicar dentro de la división político territorial del país, el estado de ubicación del Establecimiento.

19. CIUDAD. Población del Municipio en la que se encuentra ubicado el establecimiento.

20. MUNICIPIO Indicar la entidad municipal, en la división político territorial del Estado donde se encuentra ubicado el establecimiento.

21. PARROQUIA. Indicar la entidad parroquial en la división político territorial del municipio donde está el establecimiento.

22. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL Nombre de la ubicación en la ciudad o población donde se encuentra ubicado el establecimiento.

23. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA Nombre de la ubicación dentro de la urbanización, sector o zona industrial.

24. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON Nombre que identifica la construcción o edificación del establecimiento.

25. PISO/PLANTA/LOCAL Identificación precisa del lugar dentro de la construcción o edificación donde se localiza el establecimiento.

26. CÓDIGO POSTAL Número de ubicación geográfica postal o zona postal.

27. PUNTO DE REFERENCIA Edificios o lugares cercanos de referencia que ayuden a identificar la del establecimiento.

28. N° DE TELÉFONO Indicar el código de área y teléfono de ubicación del establecimiento.

29. DIRECCION DE CORREO ELECTRÓNICO Dirección de correo electrónico de contacto para envío de información oficial al Establecimiento.

C.- DATOS DEL (DE LOS) PROPIETARIO O ENCARGADOS (S) DEL ESTABLECIMIENTO O SERVICIO DE ALIMENT.

30. APELLIDOS Indicar Apellidos completos del (de los) propietario (s) del establecimiento.

31. NOMBRES Indicar Nombres completos del (de los) propietario(s) del establecimiento.

32. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD Reseñar si es venezolano(a) (**V**) o, extranjero(a) (**E**) y a continuación el número de cédula.

33. MATRÍCULA DEL M.P.P.S. Indicar si corresponde, el número de Matrícula del registro como profesional en el Ministerio de Salud o el oficio y/o profesión a la cual se dedica (n).

34. PROFESIÓN/OFICIO. Indicar la profesión y/u oficio.

35. N° DE TELÉFONO. Número de ubicación telefónica del (de los) propietario (s). Indicar código de área.

36. N° DE CELULAR. Número de teléfono celular del (de los) propietario(s). Indicar código de área.

37. DIRECCION DE CORREO ELECTRÓNICO. Dirección de correo electrónico o e-mail del propietario.