
	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-144
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EMPRESA APLICADORA DE PLAGUICIDAS		FECHA: 12/Nov /2019

MÉTODOS DE APLICACIÓN (MARQUE X)			
1. ASPERSIÓN		2. FUMIGACIÓN ESPACIAL O RESIDUAL	
3. CEBOS		4. NEBULIZACIÓN	
5. OTROS		6. OTROS	


NOMBRE	CARGO	NIVEL DE CAPACITACIÓN O FORMACIÓN ACADEMICA	FECHA EXPEDICIÓN CARNET APLICADOR

 FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
 C.C. No.

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-144
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EMPRESA APLICADORA DE PLAGUICIDAS		FECHA: 12/Nov /2019

LISTADO DE ANEXOS (Diligenciado por funcionario que recibe documentos)

REQUISITOS EMPRESA APLICADORA DE PLAGUICIDAS EN EDIFICACIONES, VEHÍCULOS, PRODUCTOS ALMACENADOS Y ÁREA PÚBLICA.	CUMPLE	
	SI	NO
FOTOCOPIA RECIENTE DEL CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO INDICANDO LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA EMPRESA.		
ACTA DE VISTA DEL VEHÍCULO DE LA EMPRESA APLICADORA DE PLAGUICIDA CONDICIÓN: NO DEBE PRESENTAR NINGÚN SOPORTE YA QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ VERIFICARÁ QUE USTED LA CUMPLA		
CONCEPTO OCUPACIONAL CON APTITUD PARA APLICACIÓN DE PLAGUICIDAS		
FOTOCOPIA DE LA CÉLULA DE CIUDADANÍA DEL REPRESENTANTE LEGAL.		
FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE LOCALIZACIÓN FAVORABLE (USO DEL SUELO VIGENTE) EMITIDO POR PLANEACIÓN MUNICIPAL.		
FOTOCOPIAS DE CARNÉ DE OPERARIOS QUE PRESTAN SUS SERVICIOS COMO APLICADORES DE PLAGUICIDAS EXPEDIDOS POR LA AUTORIDAD SANITARIA.		
FOTOCOPIA DE CONTRATO DE TRABAJO MÍNIMO DE 40 HORAS AL MES CON ASISTENTE TÉCNICO PARA PRESCRIPCIÓN.		
FOTOCOPIA DE AFILIACIÓN DEL PERSONAL DE LA EMPRESA ANTE EPS Y ARL		
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS.		
ANÁLISIS DE RIESGO POR TAREA		
PLAN DE CONTINGENCIA		
PROGRAMA DE MANEJO Y DISPOSICIÓN DE ENVASES, EMPAQUES Y EMBAJALES POS CONSUMO.		
PROTOCOLO PARA APLICACIÓN DE PLAGUICIDAS.		

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-144
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EMPRESA APLICADORA DE PLAGUICIDAS		FECHA: 12/Nov /2019

SE AUTORIZA VISITA DE INSPECCIÓN PARA CONCEPTO SANITARIO: SI _____ NO: _____

EN CASO DE NO, INDICAR MOTIVOS:

Fecha de Recepción: _____

Funcionario Secretaría de Salud de Boyacá:

Firma: _____

Nombre: _____

Cargo: _____