Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de establecimiento terminado

Acta Número

E.S.E.:	Fecha: DD	MM	AAAA

CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO

ID Establecimiento:	Número de Inscripción:	Número de carpeta:

Razón social:	
Nombre del establecimiento:	
NIT: -DV:	Sede:
Dirección:	
Ubicación:	
Localidad:	UPZ:
Barrio:	Teléfonos
Correo electrónico para notificación*	
Nombre propietario:	
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:
Nombre representante legal:	
Tpo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:
Dirección de notificación:	
Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☐	
Línea de intervención:	
Intervención:	
Tipo de establecimiento:	

ÚLTIMA VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO SANITARIO	MEDIDA SANITARIA	
					SI	NO

MOTIVO DE LA VISITA

Programación ☐	Solicitud del interesado ☐ Número de radicado:	Asociada a peticiones, quejas y reclamos ☐ Número de radicado:
Solicitud oficial ☐ Número de radicado:	Evento de interés en salud pública ☐	Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin ☐

Otro: ☐ Especifique:

Establecimiento terminado por: Cambio de actividad ☐ Cesación de actividad ☐

2. OBSERVACIONES

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firma el colaborador y persona que intervino en la visita, hoy (día/mes/año) ___/___/____, en Bogotá D. C.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	TESTIGO	POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO
Nombre:	Nombre:	
Tipo de documento:	Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	
Número de documento:	Número de documento:	
Profesión u oficio:	Cargo:	
Firma:	Firma:	

Nota 1: En aplicación de la Ley 1437 de 2011 artículos 2 y 3 numeral 4 principio de buena fe, hago constar que he recibido copia del acta de visita, la cual haré llegar al propietario o representante legal del establecimiento o similares, de lo contrario me hago responsable solidario ante cualquier investigación. La dirección de notificación deberá entenderse que es la misma del establecimiento, salvo que se trate de entidades públicas o establecimientos de cadena, la cual será la que ellos indiquen; el propietario o representante legal deberá informar a la autoridad sanitaria la dirección de notificación en caso de cambio. Autorizo a las autoridades de inspección vigilancia y control para notificar o enviar información a través del correo electrónico que queda registrado en la presente acta.
NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"
Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del codigo de procedimiento civil.
*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ