Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de visita - diligencia de
inspección, vigilancia y control

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 o lugar donde se realiza la visita:	
NIT: -DV:	Sede:
Dirección donde se realiza la visita:	
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:	
Tipo 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:	
Número de trabajadores:	Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☐ Otro:
Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo ☐ Fin de semana ☐ Otro:	

OBJETIVO DE LA VISITA

ANTECEDENTES: **SI** ☐ **NO** ☐

DESARROLLO DE LA VISITA (DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA)

*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

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

OBSERVACIONES
Por parte de la autoridad sanitaria:
Observaciones por parte de la persona que atiende la visita:
Para constancia se firma por quienes intervinieron en la presente diligencia el día DD del mes de MM de AAAA, de acuerdo a la normatividad sanitaria vigente.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Profesión u oficio:	Profesión u oficio:
Firma:	Firma:
POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	**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: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☐
Firma:	Firma:

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la Ley 9 de 1979, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011"

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"

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

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