Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de inspección, vigilancia y control
visita por vectores en interiores o exteriores

Acta Número

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

| VISITA | DÍA | MES | AÑO | MOTIVO |
|---|---|---|---|---|
| Visita 1 | | | | (VO) Visita de oficio |
| Visita 2 | | | | (NC) Notificación comunitaria |
| Visita 3 | | | | (AB) Asociada a brote |
| Visita 4 | | | | (SI) Solicitud del interesado Rad. _____ |
| | | | | (SO) Solicitud oficial Rad. _____ |

| 1. IDENTIFICACIÓN GENERAL | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre o predio: | | | |
| Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐ | Número: | | En calidad de: |
| Dirección: | | | |
| Localidad: | Upz: | Barrio: | |
| Teléfono: | Área del predio: | | |

| 2. VECTORES ENCONTRADOS | | | |
|---|---|---|---|
| ASPECTOS A VERIFICAR | CUMPLIMIENTO | | HALLAZGOS |
| 2.1 Mosquitos. | SI | NO | |
| 2.2 Zancudos. | SI | NO | |
| 2.3 Moscas. | SI | NO | |
| 2.4 Ratas. | SI | NO | |
| 2.5 Cucarachas. | SI | NO | |
| 2.6 Otros (1). | SI | NO | |
| 2.7 Otros (2). | SI | NO | |
| 2.8 Otros (3). | SI | NO | |

| 3. DESCRIPCIÓN DEL PREDIO |
|---|
| Tipo de predio: Vivienda ___ Parque___ Zona verde____ Otra: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital



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

**4. CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS**

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

| 5. RECOMENDACIONES |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| 6. INTERSECTORIALIDAD | |
|---|---|
| 6.1 Requiere gestión intersectorial SI___ NO___ | |
| 6.2 Entidades para gestión | |
| EEAAB | ALCALDÍA LOCAL |
| UAESP | CAR |
| SDA | SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL |
| OPERADOR ASEO: | ESTACIÓN POLICÍA |
| JARDIN BOTÁNICO | OTRO |

| 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 DEL ESTABLECIMIENTO** | **TESTIGO** |
| Nombre: | Nombre: |
| Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP | Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP |
| Número de documento: | Número de documento: |
| Cargo: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☐ | Cargo: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☐ ☐ |
| 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"

NOTA 3:Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital



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