Acta Número

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

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO		
ID vehículo:	Número de Inscripción:	Número de carpeta:
Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección:		
Dirección donde se realiza la inspección:		
Localidad:		
UPZ:	Barrio:	
Nombre del propietario del vehículo:		
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número:	
Correo electrónico para notificación*		
Dirección de Notificación:	Teléfono:	
Nombre del propietario del producto:		
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número:	
Correo electrónico para notificación*		
Dirección de Notificación:	Teléfono:	
Línea de intervención:		
Tipo de vehículo: Bus ☐ Buseta ☐ AeroVans ☐ Van ☐ Otro ☐ Cual:		
Modelo:	Marca:	Placa:
Número de trabajadores:	Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☐ Otro:	

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI	MEDIDA SANITARIA NO
Visita 1						
Visita 2						
Visita 3						
Visita 4						

MOTIVO DE LA INSPECCIÓN		
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:		

2. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO
2.1 Empresa de transporte

*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

3. CONDICIONES GENERALES DEL VEHÍCULO					
Aspectos a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
3.1 Estados de pisos	1	2	3	4	
3.2 Limpieza de pisos	1	2	3	4	
3.3 Estado de cojinería.	1	2	3	4	
3.4 Limpieza de cojinería.	1	2	3	4	
3.5 Estado de tapicería.	1	2	3	4	
3.6 Limpieza de tapicería.	1	2	3	4	
3.7 Estado de ventanas.	1	2	3	4	
3.8 Limpieza de ventanas.	1	2	3	4	
3.9 Estado de la cabina.	1	2	3	4	
3.10 Limpieza de la cabina.	1	2	3	4	
3.11 Estado servicio sanitario.	1	2	3	4	
3.12 Limpieza servicio sanitario.	1	2	3	4	
3.13 Realiza actividades de control vectorial.	1	2	3	4	
3.14 Frecuencia control vectorial.	SI		NO		
3.15 Fecha del último control de vectores.	DD/MM/AAAA				
3.16 Presencia de vectores.	SI		NO		
3.17 Residuos de comida.	SI		NO		
3.18 Recipientes para residuos sólidos.	SI		NO		
3.19 Disposición de excretas.	SI		NO		
3.20 Malos olores.	SI		NO		

4. SALUD OCUPACIONAL					
Aspectos a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.1 Botiquín con dotación.	1	2	3	4	
4.2 Extintor con carga vigente.	SI		NO		
4.3 Vacunación contra fiebre amarilla.	SI		NO		
4.4 Prueba de alcoholemia.	SI		NO		

4.5 EXIGENCIAS:	SI	NO
4.6 Descripción de las exigencias:		

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

CONTINUACIÓN 4.5 EXIGENCIAS:	SI	NO
4.6 Descripción de las exigencias:		

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

CONTINUACIÓN 4.5 EXIGENCIAS:	SI	NO
4.6 Descripción de las exigencias:		

4.7 Concepto de la visita:	Cumple		Cumple Parcialmente		No Cumple	

**El establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos sanitarios establecidos en las normas vigentes, pero las condiciones sanitarias evidenciadas no conllevan a un riesgo inminente para la salud humana.*

4.8 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de _____ días hábiles, contados a partir del día_____ del mes de _____ de _____, que vence el día _____ del mes de _____ de _____.

De acuerdo a la ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios, ley 715 del 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	**PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA**
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:Encargado ☐ Conductor ☐
Firma:	Firma:

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica	4. No Observado

NOTA 1: "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"

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