Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Toma de Muestras

Acta Número

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

ID Establecimiento: _____ Número de Inscripción: _____ Número de carpeta: _____

Razón social:		
Nombre del establecimiento:		
NIT -DV:	Sede:	Dirección:
Localidad:	UPZ:	Barrio:
Ubicación	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:	Teléfonos:	
Línea de intervención:		
Intervención:		
Tipo de establecimiento:		
Acta de IVC SI ☐ NO ☐ No.	Acta de Congelación o inmovilización SI ☐ NO ☐ No.	

Objeto de la muestra: Vigilancia rutinaria ☐ Notificación comunitaria ☐ Asociada a brote ☐ Otro:

NÚMERO RADICADO LSP	NOMBRE DEL PRODUCTO	MARCA COMERCIAL	FABRICANTE, COMERCIALIZADOR O IMPORTADOR	PRESENTACIÓN	DOCUMENTO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	No. DE LOTE	No. DE UNIDADES RETIRADAS PARA ANÁLISIS	T°C ** Y/O HR *** IN SITU	T°C DE RECIBO EN LSP / T°C CORREGIDA	ANÁLISIS SOLICITADO ****

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica
**Temperatura en grados celsius
***Humedad relativa
****Análisis solicitado

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

NÚMERO RADICADO LSP	NOMBRE DEL PRODUCTO	MARCA COMERCIAL	FABRICANTE, COMERCIALIZADOR O IMPORTADOR	PRESENTACIÓN	DOCUMENTO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	No. DE LOTE	No. DE UNIDADES RETIRADAS PARA ANÁLISIS	T°C ** Y/O HR *** IN SITU	T°C DE RECIBO EN LSP / T°C CORREGIDA	ANÁLISIS SOLICITADO ****

Se deja contramuestra oficial: Si__No__. | Se deja contramuestra en poder del interesado: Si__No__.

**** 1. Fisicoquímico 2. Microbiológico 3. Fisicoquímico y microbiológico 4. Toxicológico 5. Físico

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

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Toma de Muestras

Acta Número

Observaciones por parte de la autoridad sanitaria: _____

Observaciones por parte del establecimiento: _____

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los colaboradores y personas que realizaron la presente diligencia

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☐	Firma:
Firma:	

Fecha de recepción de muestra (s) LSP DD MM AAAA . Hora recepción de muestra (s) a. m./p. m.

Nombre colaborador que recibe la muestra Firma colaborador que recibe la muestra

Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del codigo de procedimiento civil.

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