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

Acta Número
ET01C 040749

E.S.E.: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE. Fecha: DD 15 MM 12 AAAA 2021

CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO

ID Establecimiento: 346276	Número de Inscripción: NO TIENE	Número de carpeta: 346276.

Razón social: HOSPITECNICA. SAS

Nombre del establecimiento: HOSPITECNICA. SAS.

NIT: 830131869-6 -DV: | Sede: NO TIENE

Dirección: cl 85A 49A 64

Ubicación: NO APLICA.

Localidad: BARRIOS UNIDOS - 12 | UPZ: LOS ANDES

Barrio: LA PATRIA | Teléfonos 5334444 - 5340017.

Correo electrónico para notificación* gerencia@hospitecnica.com.co.

Nombre propietario: HOSPITECNICA. SAS

Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☒ PEP☐ PS☐ PTP☐ | Número documento: 830131869-6

Nombre representante legal: HUGO GERMAN MENDIVELSO OJEDA.

Tipo de documento: C.C.☒ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐ | Número documento: 91261903

Dirección de notificación: cl 85A 49A 64

Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI☒ NO☐ 01327375

Línea de intervención: MEDICAMENTOS SEGUROS

Intervención: VIGILANCIA INTENSIFICADA A ESTABLECIMIENTOS COMERCIALIZADORES DE EQ Y DM

Tipo de establecimiento: COMERCIALIZADOR DE EQUIPO BIOMEDICO Y DISPOSITIVOS MEDICOS.

ÚLTIMA VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO SANITARIO	MEDIDA SANITARIA	
					SI	NO
	23	03	2019	FAVORABLE		X

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

EL ESTABLECIMIENTO PRESENTA CCAA, POR LO TANTO ES VIGILADO POR INVIMA.

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) 15/12/2021, en Bogotá D. C.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	TESTIGO ☒	POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO
Nombre: Claudia Olaya / Fernando Prado		Nombre: BIBIANA PAOLA GOMEZ CUESTA
Tipo de documento: cc / cc		Tipo de documento: C.C.☒ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐
Número de documento: 1030583008 / 72096685		Número de documento: 53121665
Profesión u oficio: Ing. Biomedica / Quimica Farmaceutica		Cargo: DIRECTORA TECNICA
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