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

1. 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:

Línea de intervención:

Clase de vehículo: | Tipo de carrocería:

Modelo: | Marca: | Placa:

Sistema de refrigeración: SI ☐ NO ☐

Número de trabajadores: | Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☐ Otro:

Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo ☐ Fin de semana ☐ Otro: ☐

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DD MM AAAA	Favorable ☐
		Favorable con requerimientos ☐
		Desfavorable ☐

	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:

2. CONDICIONES FÍSICAS DEL VEHÍCULO

Aspecto a verificar	Cumplimiento			Hallazgos
2.1 Tipo de servicio.	A	B	C	

3. SERVICIO QUE PRESTA EL VEHÍCULO

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
3.1 Tiene dos comportamientos totalmente independientes y separados fisicamente.	1	2	3	4	
3.2 Cuenta con una bandeja rígida en material sanitario que garantice la retención de fluidos y elementos para contención de derrames.	1	2	3	4	
3.3 Cuenta con plataforma en material sanitario para el fácil deslizamiento del ataúd.	1	2	3	4	
3.4 El piso, techo y laterales de la cabina de cuerpos y cofres se encuentran recubiertos en material higiénico sanitarios de fácil limpieza y desinfección.	1	2	3	4	
3.5 Lleva en forma clara, visible y no removible la leyenda de carroza fúnebre.	1	2	3	4	

A. Traslado	B. Destino final	C. Traslado y destino final

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

4. SANEAMIENTO BÁSICO					
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.1 Contenedor tapa pedal con bolsa roja para recolección de residuos peligrosos.	1	2	3	4	
4.2 Protocolo de limpieza y desinfección.	1	2	3	4	
4.3 Programa de control de vectores.	1	2	3	4	

5. CONDICIONES DE SEGURIDAD			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Hallazgos
5.1 Botiquín dotado.	SI	NO	
5.2 Extintor con carga vigente.	SI	NO	
5.3 Elementos de protección personal (guantes, tapabocas, botas, peto lavable etc) según protocolo bioseguridad.	SI	NO	
5.4 Esquema completo de vacunación.	SI	NO	
5.5 Afiliación a sistema de seguridad social en salud.	SI	NO	

6. EXIGENCIAS	SI	NO
6.1 Descripción de las exigencias:		

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

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

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

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Continuación 6.1 Descripción de las exigencias:

6.2 Concepto sanitario de la visita: | Favorable | | Favorable con requerimientos* | | Desfavorable | |

**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.*

6.3 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de _____días, contados a partir de 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 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

6.4 Observaciones de quien atiende la visita:

6.5 Observaciones de quien realiza la visita:

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año) ___/___/____, en Bogotá D. C.

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:
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	**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: Encargado ☐ Conductor ☐	Firma:
Firma:	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el articulo 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 articulo 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