Acta Número

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

1. CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO		
ID Establecimiento:	Número de Inscripción:	Número de carpeta:
Razón social:		
Nombre del establecimiento:		
NIT: -DV:	Sede:	
Dirección:		
Ubicación:		
Localidad:	UPZ:	
Barrio:	Teléfonos	
Correo electrónico para notificación*		
Nombre propietario:		
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:	
Nombre representante legal:		
Tpo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:	
Dirección de notificación:		
Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☐		
Línea de intervención:		
Intervención:		
Tipo de establecimiento:		
Número de trabajadores:	Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☐ Otro:	
Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo ☐ Fin de semana ☐ Otro:		

	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. DATOS DEL SOLICITANTE
2.1 Nombre:
2.2 Documento de Identidad:
2.3 En calidad de:
3. DATOS TITULAR LICENCIA PARA PRESTACION DE SERVICIOS
3.1 Nombre:
3.2 Documento de Identidad:
3.3 Profesión:

*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.
BOGOTÁ

3.4 Curso de Radioprotección	Cumple ☐	No cumple ☐
3.5 Corresponde con la persona relacionada en los documentos radicados	SI ☐	NO ☐
4. ESTUDIO AMBIENTAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA		
4.1 ¿Cuenta con Estudio ambiental de protección radiológica?	SI ☐	NO ☐
4.2 Nombre de la persona y/o entidad que realizó el estudio:		
4.3 ¿La persona o entidad que realiza el estudio cuenta con Resolución del Ministerio de Salud vigente?	SI ☐	NO ☐
4.4 Número de Resolución de Ministerio de Salud	Fecha:	
4.5 ¿El plano de ubicación del establecimiento?	SI ☐	NO ☐
4.6 ¿Cuenta con dispositivos de protección radiológica?	SI ☐	NO ☐
5. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y TECNOVIGILANCIA		
5.1 ¿Cuenta con programa de capacitación en protección radiológica?	SI ☐	NO ☐
5.2 ¿Implementa el programa de capacitación en protección radiológica en el establecimiento?	SI ☐	NO ☐
5.3 ¿Implementa el programa de tecnovigilancia en el establecimiento?	SI ☐	NO ☐
5.4 ¿cuenta con el programa de proteccion radiologica?	SI ☐	NO ☐
5.5 ¿cuenta con el programa de vigilancia radiologica?	SI ☐	NO ☐
6. ASPECTOS LOCATIVOS		
6.1 Los pisos son de material impermeable, resistente, con sistema de drenaje para su fácil limpieza y sanitización	Cumple ☐	No cumple ☐
6.2 Las paredes son impermeables, sólidas, no porosas, de fácil limpieza, resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.	Cumple ☐	No cumple ☐
6.3 Los techos y cielo rasos son resistentes, uniformes y de fácil limpieza y sanitización.	Cumple ☐	No cumple ☐
6.4 La iluminación y ventilación artificial y/o natural permite la conservación adecuada de dispositivos médicos.	Cumple ☐	No cumple ☐
6.5 Las condiciones locativas se encuentran en orden y aseo.	Cumple ☐	No cumple ☐
6.6 Cuenta con suministro de electricidad y agua potable.	Cumple ☐	No cumple ☐
6.7 areas de trabajo de la practica, delimitando la zona vontrolada, supervisada y áreas colindantes	Cumple ☐	No cumple ☐
6.8 listado de los procedimientos que se realizaran en cada una de las areas de trabajo.	Cumple ☐	No cumple ☐
6.9 Ubicación de los equipos generadores de radiacion ionizante.	Cumple ☐	No cumple ☐
6.10 señalizacion de las zonas, usando el simbolo internacionalmente aceptado de radiacion (trebol magenta sobre amarillo).	Cumple ☐	No cumple ☐
6.11 ruta de evacuacion	Cumple ☐	No cumple ☐
7. DATOS EQUIPOS, DETECTORES Y OBJETOS DE PRUEBA		
7.1 Categoría del Equipo:	Cumple ☐	No cumple ☐
7.2 Datos equipo 1 — Tipo de equipo:	Cumple ☐	No cumple ☐
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
Serie del Equipo:		
Aplicación:		
Rangos de medida:		
verificacion por fabricante:		

Hoja de vida del equipo:	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Reportes de mantenimientos	SI ☐ NO ☐	Observaciones:

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

Certificado de calibracion	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Manual del equipo	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
7.3 Datos equipo 2	Tipo de equipo:	Cumple ☐ No cumple ☐
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
Serie del Equipo:		
Aplicación:		
Rangos de medida:		
verificacion por fabricante:		
Hoja de vida del equipo:	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Reportes de mantenimientos	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Certificado de calibracion	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Manual del equipo	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
7.4 Datos equipo 3	Tipo de equipo:	Cumple ☐ No cumple ☐
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
Serie del Equipo:		
Aplicación:		
Rangos de medida:		
verificacion por fabricante:		
Hoja de vida del equipo:	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Reportes de mantenimientos	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Certificado de calibracion	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Manual del equipo	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
7.5 Datos equipo 4	Tipo de equipo:	Cumple ☐ No cumple ☐
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

Serie del Equipo:		
Aplicación:		
Rangos de medida:		
verificacion por fabricante:		
Hoja de vida del equipo:	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Reportes de mantenimientos	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Certificado de calibracion	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Manual del equipo	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
7.6 Datos equipo 5	Tipo de equipo:	Cumple ☐ No cumple ☐
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
Serie del Equipo:		
Aplicación:		
Rangos de medida:		
verificacion por fabricante:		
Hoja de vida del equipo:	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Reportes de mantenimientos	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Certificado de calibracion	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Manual del equipo	SI ☐ NO ☐	Observaciones:

8. SERVICIOS SOLICITADOS		
8.1 Cálculo de blindajes de instalaciones	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.2 Realizar los estudios ambientales de las instalaciones	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.3 Control de calidad de equipos en fluoroscopio y arcos en C	SI ☐ NO ☐	Observaciones:

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

8.4 Control de calidad de equipos en radiología convencional y portátil	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.5 Control de calidad de equipos en angiógrafos	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.6 Control de calidad de equipos en Radioterapia (Aceleradores Lineales)	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.7 Verificar control de calidad de equipos en densitómetros óseos portátil	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.8. Control de calidad de equipos en tomografia	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.9 Control de calidad de equipos en equipos odontológicos periapicales	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.10 Control de calidad de equipos en mamografia	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.11 Control de calidad de equipos en equipos odontológicos panorámico	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.12 Control de calidad de equipos en PET-CT	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.13 Control de calidad de equipos en SPEC CT	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.14 Prestar servicios de protección radiológica en las diferentes prácticas	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.15 Otros	SI ☐ NO ☐	Observaciones:

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

9. OBSERVACIONES
9.1 Observaciones de quien atiende la visita:
9.2 Observaciones de quien realiza la visita:

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

Una vez realizada la verificación de las condiciones asociadas al uso de equipos emisores de radiación ionizante para uso veterinarios en el establecimiento, se evidencia que: _____ con los requisitos descritos en la normatividad sanitaria vigente.

10. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD			
Clausura temporal total	☐	Suspensión total de trabajos o servicios	☐
Clausura temporal parcial	☐	Decomiso	☐
Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐	Congelación	☐
Destrucción o desnaturalización	☐		

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:
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:	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 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 artículo 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.
BOGOTÁ