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 RESPONSABLE DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

3.1 Nombre:		
3.2 Documento de Identidad:		
3.3 Profesión:		
3.4 Curso de Radioprotección	Cumple ☐	No cumple ☐

*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

3.5 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 ¿La descripcíon del sitio en donde se encuentra ubicado el equipo coincide con el reportado en el Estudio?	SI ☐	NO ☐
4.6 ¿El sitio donde se encuentra ubicado el equipo en el establecimiento coincide con lo descrito en el estudio?	SI ☐	NO ☐
4.7 ¿El plano de ubicación del equipo descrito en el estudio, coincide con lo evidenciado en el establecimiento?	SI ☐	NO ☐
4.8 ¿Cuenta con dispositivos de protección radiológica?	SI ☐	NO ☐
4.9 ¿Las condiciones y cantidad de dispositivos de protección radiológica evidenciados coincide con los descrito en el estudio?	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? Categoria II	SI ☐	NO ☐
5.5 ¿cuenta con el programa de vigilancia radiologica?Categoria II	SI ☐	NO ☐
6. DOSIMETRÍAS		
6.1 ¿Cuenta con dosimetros para el personal expuesto a radiaciones ionizante?	Cumple ☐	No cumple ☐
6.2 ¿Cuenta con los registros dosimétricos del personal expuesto a radiaciones ionizantes?	Cumple ☐	No cumple ☐
7. ASPECTOS LOCATIVOS		
7.1 Los pisos son de material impermeable, resistente, con sistema de drenaje para su fácil limpieza y sanitización	Cumple ☐	No cumple ☐
7.2 Las paredes son impermeables, sólidas, no porosas, de fácil limpieza, resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.	Cumple ☐	No cumple ☐
7.3 Los techos y cielo rasos son resistentes, uniformes y de fácil limpieza y sanitización.	Cumple ☐	No cumple ☐
7.4 La iluminación y ventilación artificial y/o natural permite la conservación adecuada de dispositivos médicos.	Cumple ☐	No cumple ☐
7.5 Las condiciones locativas se encuentran en orden y aseo.	Cumple ☐	No cumple ☐
7.6 Cuenta con suministro de electricidad y agua potable.	Cumple ☐	No cumple ☐
7.7 areas de trabajo de la practica, delimitando la zona vontrolada, supervisada y áreas colindantes	Cumple ☐	No cumple ☐
7.8 listado de los procedimientos que se realizaran en cada una de las areas de trabajo.	Cumple ☐	No cumple ☐
7.9 Ubicación de los equipos generadores de radiacion ionizante.	Cumple ☐	No cumple ☐
7.10 señalizacion de las zonas, usando el simbolo internacionalmente aceptado de radiacion (trebol magenta sobre amarillo).	Cumple ☐	No cumple ☐
7.11 ruta de pacientes y público. Categoria II	Cumple ☐	No cumple ☐
7.12 Las rutas de conductos para cables en el blindaje,ventilacion y electricidad. Categoria II	Cumple ☐	No cumple ☐
8. DATOS EQUIPOS EMISORES DE RADICACIÓN IONIZANTE		
8.1 Categoría del Equipo:		
8.2 Datos equipo 1	Tipo de equipo:	
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
Serie del Equipo:		
Marca del Tubo:		
Modelo del Tubo:		
Serie del Tubo:		

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

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:
8.3 Datos equipo 2	Tipo de equipo:	
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
Serie del Equipo:		
Marca del Tubo:		
Modelo del Tubo:		
Serie del Tubo:		
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:
8.4 Datos equipo 3	Tipo de equipo:	
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
Serie del Equipo:		
Marca del Tubo:		
Modelo del Tubo:		
Serie del Tubo:		
Hoja de vida del equipo:	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Reportes de mantenimientos	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
Certificado de calibracion	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

Manual del equipo	SI ☐ NO ☐	Observaciones:
8.4 ¿El/Los equipo(s) corresponden a el/los relacionado(s) en la solicitud para obtención de la licencia de funcionamiento de los mismos?	SI ☐	NO ☐

9. OBSERVACIONES

9.1 Observaciones de quien atiende 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

9.2 Observaciones de quien realiza la visita:

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