

Subred: Sur Occidente Número de Inscripción: _____
Unidad de Servicios de Salud: Fonfibon Número de Carpeta: _____

1. CÉDULA ESTABLECIMIENTO

1.1 Razón social: INVERSIONES DRILLTEX SAS
1.2 Nombre del establecimiento: INVERSIONES DRILLTEX SAS
1.3 NIT: 860502682-8 1.4 Sede: No tiene
1.5 Dirección: AV CL BO 69 70 OFI 18 1.6 Localidad: ENGATIVA
1.7 UPZ: LAS GALIAS 1.8 Teléfono 1: 15330600 1.9 Teléfono 2: 3102594132
1.10 Barrio: LAS GALIAS 1.11 Correo electrónico: contadora@drilltex.net
1.12 Nombre propietario: INVERSIONES DRILLTEX SAS
1.13 Tipo de documento: C. C. ☐ C. E. ☐ NIT. ☒ 1.14 Número documento: 860502682-8
1.15 Nombre representante legal: CARLOS ALBERTO LATTANZIO RESTREPO
1.16 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ 1.17 Número documento: 19304899
1.18 Persona que atiende la visita: DORA LUCIA LOPEZ 1.19 Cargo: Asistencia gerencia
1.20 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ 1.21 Número documento: 51834493
1.22 Dirección de notificación: AV CL BO 69 70 OFI 18
1.23 Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☒ NO ☐
1.24 Número matrícula mercantil del establecimiento: 00155790
1.25 La matrícula mercantil del establecimiento está actualizada: SI ☒ NO ☐
1.26 Línea de intervención: Medicamentos seguros 1.27 Tipo de establecimiento: Distribución D.M
1.28 Intervención: IVC D.M. EAP
1.29 Número de trabajadores: 15 1.30 Horario: diurno ☒ nocturno ☐ 24 horas ☐ otro: _____
1.31 Días de funcionamiento: lunes a viernes ☒ domingo a domingo ☐ fin de semana ☐ otro: _____

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI NO	MOTIVO
Visita 1	15	01	2019	favorable con reg	X	(V6) Visita de oficio
Visita 2	28	03	2019	Favorable	X	(NC) Notificación comunitaria
Visita 3						(AB) Asociada a brote
Visita 4						(SI) Solicitud del Interesado Rad. _____
						(SO) Solicitud oficial Rad. _____

2. ACTIVIDAD DEL ESTABLECIMIENTO (Informativo)

Aspectos a verificar

El establecimiento cuenta con CCAA.						SI	NO
2.2 Indique dirección registrada en el CCAA. <u>Av CL BO 69 70 Ofic 18</u>							
2.3 Si es comercializador de equipos biomédicos de tecnología controlada, ¿notificó a la Secretaría de Salud su domicilio y la descripción de los productos comercializados?						SI	NO
						SI	NO
2.4 Importa dispositivos médicos.						SI	NO
2.5 Almacena dispositivos Médicos.						SI	NO
2.6 Comercializa dispositivos Médicos.						SI	NO
2.7 Distribuye dispositivos Médicos.						SI	NO
2.8 Almacena equipo biomédico.						SI	NO
2.9 Comercializa equipo biomédico.						SI	NO
2.10 Distribuye equipo biomédico.						SI	NO
2.11 Mantenimiento de equipo biomédico.						SI	NO
2.12 Calibración de equipos biomédicos.						SI	NO

Continuación 2. ACTIVIDAD DEL ESTABLECIMIENTO (Informativo)

Aspectos a verificar							
2.13 Arrendamiento de equipo biomédico.	I	IIA	IIB	III	SI	NO	N. A.
2.14 Repotencia equipo biomédico.	I	IIA	IIB	III	SI	NO	N. A.
2.15 Realiza demostración de dispositivo médico y/o equipo biomédico.	I	IIA	IIB	III	SI	NO	N. A.
2.16 Transporte de dispositivos médicos.	I	IIA	IIB	III	SI	NO	N. A.

3. TALENTO HUMANO

Aspectos a verificar					Cumplimiento		
3.1 Cuenta con un responsable técnico para verificar el mantenimiento y/o calibración de los equipos biomédicos de clase IIB y III.					SI	NO	N. A.
3.2 El responsable técnico es un profesional en ingeniería biomédica o ingeniería afín.					SI	NO	N. A.
3.3 Nombre del profesional: <i>Ingeniero Pedro</i>							
3.4 Título Profesional: <i>OT</i>					SI	NO	N. A.
3.5 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ NIT. ☐ Número documento: <i>3448522</i>							
3.6 El profesional se encuentra inscrito ante el INVIMA?					SI	NO	N. A.

4. TIPO DE PRODUCTO OFRECIDO

Aspectos a verificar		
4.1 Equipo biomédico nuevo y/o aparatología en estética	SI	NO
4.2 Equipo biomédico usado y/o aparatología en estética	SI	NO
4.3 Equipo biomédico repotenciado y/o aparatología en estética.	SI	NO
4.4 Dispositivo médico.	SI	NO
4.5 Dispositivo médico implantable.	SI	NO
4.6 Dispositivos médicos de uso odontológico	SI	NO
4.7 Reactivos de diagnóstico in vitro.	SI	NO
4.8 Prótesis.	SI	NO
4.9 Instrumental Quirúrgico.	SI	NO

5. ASPECTOS LOCATIVOS

Aspectos a verificar		Cumplimiento	
5.1 Los pisos son de material impermeable, resistente, con sistema de drenaje para su fácil limpieza y sanitización	SI	NO	
5.2 Las paredes son impermeables, sólidas, no porosas, de fácil limpieza, resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.	SI	NO	
5.3 Los techos y cielo rasos son resistentes, uniformes y de fácil limpieza y sanitización.	SI	NO	
5.4 La iluminación y ventilación artificial y/o natural permite la conservación adecuada de dispositivos médicos.	SI	NO	
5.5 Las condiciones locativas se encuentran en orden y aseo.	SI	NO	
5.6 Cuenta con suministro de electricidad y agua potable.	SI	NO	
5.7 Cuenta con unidades sanitarias.	SI	NO	
5.8 Hay redes eléctricas en buen estado.	SI	NO	
5.9 Cuenta con las condiciones locativas establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos.	SI	NO	

6. DOCUMENTACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

(Decreto 4725 de 2005 y normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)

Aspectos a verificar		Cumplimiento	
6.1 Cuenta con procedimiento de limpieza y desinfección.	SI	NO	
6.2 Cuenta con procedimiento de control de Plagas.	SI	NO	
6.3 Cuenta con gestión integral de residuos.	SI	NO	
6.4 Almacenamiento adecuado de dispositivos médicos y equipo biomédico y si los dispositivos lo requieren, se se registran las condiciones de temperatura y humedad relativa	SI	NO	
6.5 Trazabilidad de dispositivos médicos, el cual contiene: nombre comercial del producto, modelo, serie y/o número de lote, fecha de adquisición, fecha de envío o suministro e identificación del primer cliente. tivos médicos y equipo biomédico.	SI	NO	
6.6 Cuenta con un procedimiento para reportar eventos e incidentes adversos asociados al uso de dispositivos médicos	SI	NO	
6.7 Cuentan los equipos biomédicos con manuales de operación y mantenimiento en idioma castellano.	SI	NO	N. A.

Continuación 6. DOCUMENTACIÓN Y PROCEDIMIENTOS
(Decreto 4725 de 2005 y normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)

Aspectos a verificar	Cumplimiento		
6.8 El establecimiento cuenta con el respaldo del fabricante o imputador para los servicios de mantenimiento, calibración y aprovisionamiento de insumos y repuestos del equipo biomédico que comercializa.	SI	NO	N. A.
6.9 El establecimiento cuenta con el respaldo del fabricante o imputador para capacitar al tenedor en la operación y mantenimiento básico del equipo biomédico que comercializa.	SI	NO	N. A.
6.10 El fabricante o importador respalda al comercializador en suministrar al equipo biomédico de tecnología controlada los insumos, partes, repuestos y el servicio de mantenimiento durante cinco (5) años, como mínimo, o durante la vida útil del equipo si es inferior.	SI	NO	N. A.

7. EQUIPOS BIOMEDICOS Y/O APARATOLOGIA EN ESTÉTICA
(Decreto 4725 de 2005, Resolución 2263 de 2004 y normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)

Aspectos a verificar	Cumplimiento		
7.1 Los equipos biomédicos y/o aparatología en estética tienen en su etiquetado el registro sanitario.	SI	NO	N. A.
7.2 El etiquetado, del equipo biomédico que lo requiere, indica si el dispositivo es de un unico uso o si es reutilizable	SI	NO	N. A.
7.3 Si el equipo biomédico es reutilizable, cuenta con la información de los procesos adecuados de limpieza, desinfección, empaque y/o reesterilización, según indicación del fabricante.	SI	NO	N. A.
7.4 El etiquetado, empaque y envases del equipo biomédico cumple con la normatividad vigente. (Decreto 4725 de 2005 y demás normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)	SI	NO	N. A.
7.5 El equipo biomédico cuenta con las directrices dadas por el fabricante con respecto a la frecuencia de mantenimiento preventivo y requerimiento de calibración.	SI	NO	N. A.
Aspecto a verificar, si el establecimiento realiza demostración de equipos biomédicos	Cumplimiento		
7.6 El establecimiento realiza demostración de dispositivos médicos y cuenta con la autorización previa para este fin.	SI	NO	N. A.
7.7 El dispositivo médico que está en demostración, no lo comercializa ni lo utiliza en pacientes.	SI	NO	N. A.
Aspecto a verificar si el establecimiento repotencia equipos biomédicos	Cumplimiento		
7.8 El establecimiento comercializa equipos biomédicos repotenciados autorizados por el fabricante.	SI	NO	N. A.
7.9 El establecimiento cuenta con autorización del INVIMA para comercializar el equipo biomédico repotenciado?	SI	NO	N. A.

MUESTRAS DE REGISTROS SANITARIOS: 1. *Danges Lora* 2016-0014255

2. *Reto para Lora* 2016-0014255

8. DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTABLES
(Decreto 4725 de 2005 y normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)

Aspectos a verificar	Cumplimiento		
8.1 Los dispositivos médicos implantables tienen en su etiquetado el registro sanitario.	SI	NO	N. A.
8.2 El establecimiento cuenta con las tarjetas de implante diligenciada por la IPS, la cual contiene: Nombre y modelo del producto; Número de lote o número de serie; Nombre y dirección del fabricante; Nombre de la institución donde se realizó la implantación y fecha de la misma; Identificación del paciente.	SI	NO	N. A.
8.3 El etiquetado del dispositivo médico implantable contiene la información de los riesgos relacionados con con su implantación.	SI	NO	N. A.
8.4 El etiquetado, del dispositivo médico implantable, indica si el dispositivo es de un unico uso o si es reutilizable	SI	NO	N. A.
8.5 Si el dispositivo médico implantable es reutilizable, cuenta con la información de los procesos adecuados de limpieza, desinfección, empaque y/o reesterilización, según indicación del fabricante.	SI	NO	N. A.
8.6 El etiquetado, empaque y envases del equipo biomédico cumple con la normatividad vigente. (Decreto 4725 de 2005 y demás normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)	SI	NO	N. A.

9. DISPOSITIVOS MÉDICOS (consumibles e insumos)
(Decreto 4725 de 2005 y normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)

Aspectos a verificar	Cumplimiento		
9.1 Los dispositivos médicos tienen en su etiquetado el registro sanitario.	SI	NO	N. A.
9.2 El empaque, del dispositivo médico que lo requiere, mantiene la esterilidad del producto.	SI	NO	N. A.
9.3 El etiquetado, del dispositivo médico que lo requiere, cuenta con fecha de vencimiento vigente.	SI	NO	N. A.
9.4 El etiquetado, del dispositivo médico que lo requiere, indica si el dispositivo es de un unico uso o si es reutilizable	SI	NO	N. A.

Continuación 9. DISPOSITIVOS MÉDICOS

(Decreto 4725 de 2005 y normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)

Aspectos a verificar	Cumplimiento		
9.5 Si el dispositivo medico es reutilizable, cuenta con la información de los procesos adecuados de limpieza, desinfección, empaque y/o reesterilización, según indicación del fabricante.	SI	NO	N. A.
9.6 El etiquetado, empaque y envases de los dispositivos médicos cumple con la normatividad vigente. (Decreto 4725 de 2005 y demás normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)	SI	NO	N. A.
Aspecto a verificar si el establecimiento realiza demostración de dispositivos médicos	Cumplimiento		
9.7 ¿Realiza demostración de dispositivos médicos y cuenta con la autorización previa para este fin?	SI	NO	N. A.
9.8 ¿El dispositivo médico únicamente esta en demostración y no lo comercializa ni utiliza en pacientes.	SI	NO	N. A.
MUESTRAS DE REGISTROS SANITARIOS: 1. 2013 MI - 0009608 importados y/o vendidos			
2. 2013 MI - 0009608 importados y/o vendidos			

10. MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

(Decreto 4725 de 2005 y normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)

Aspectos a verificar	Cumplimiento		
10.1 Registra el servicio de mantenimiento.	SI	NO	N. A.
10.2 Registra el servicio de calibración.	SI	NO	N. A.
10.3 El establecimiento tiene los manuales de los equipos biomédicos que respalden los mantenimientos preventivos o correctivos.	SI	NO	N. A.
10.4 El establecimiento tiene los manuales que respalden la calibración.	SI	NO	N. A.
10.5 El establecimiento que realiza mantenimiento de equipos biomédicos de tecnología controlada, demuestra capacidad técnica para la prestación de este tipo de servicios.	SI	NO	N. A.
10.6 Los repuestos para el mantenimiento y soporte técnico de los equipos biomédicos importados, cuentan con el permiso de comercialización de los equipos biomédicos que se pretendan reparar, mantener o soportar	SI	NO	N. A.
10.7 El establecimiento que alquila equipo biomédico, como su tenedor, le realiza mantenimiento y calibración siguiendo las indicaciones dadas por el fabricante o importador.	SI	NO	N. A.
10.8 El establecimiento que alquila equipo biomédico, como su tenedor, cuenta con los manuales entregados por el fabricante y/o importador.	SI	NO	N. A.
10.9 Los repuestos para el mantenimiento y soporte técnico de los equipos biomédicos importados, cuentan con el permiso de comercialización de los equipos biomédicos que se pretendan reparar, mantener o soportar	SI	NO	N. A.

11. NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Aspectos a verificar

11.1 Tiene conocimiento de la existencia de productos alterados o fraudulentos o hechos relacionados con los mismos, que adviertan cualquier disfunción, alteración de las características o de las funciones del producto, así como cualquier inadecuación del etiquetado.	SI	NO
---	----	----

12 EXIGENCIAS

12.1 Descripción de las exigencias:	SI	NO
se realiza visita de inspección y vigilancia, donde se evidencia que cumple bajo normatividad vigente, se dan a conocer las alertas sanitarias de la zona, luego la OMI, se realiza entrega de acta de inspección y vigilancia, se menciona que el establecimiento cumple con las exigencias sanitarias.		

Continuación 12.1 Descripción de las exigencias:

12.2 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.

12.3 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.

12.4 Observaciones de quien atiende la visita:

Ninguna 3-1-1-2

12.5 Observaciones de quien realiza la visita:

13. APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD (ART. 576 LEY 9ª DE 1979)

13.1 Clausura temporal total ☐ 13.4 Suspensión total de trabajos o servicios ☐
13.2 Clausura temporal parcial ☐ 13.5 Decomiso ☐
13.3 Suspensión parcial de trabajos o servicios ☐ 13.6 Congelación ☐

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año) 02/10/17, en Bogotá D. C.

14. FUNCIONARIO DE SALUD (1)

14.1 Nombre: GREGORIO
14.2 Tipo de documento: CC
14.3 Número de documento: 10231111
14.4 Cargo: Jefe de Sección
14.5 Firma: [Firma]

15. FUNCIONARIO DE SALUD (2)

15.1 Nombre: RODRIGO BERNAL LOPEZ
15.2 Tipo de documento: CC
15.3 Número de documento: 79048581
15.4 Cargo: Químico Farmacéutico
15.5 Firma: [Firma]

16. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

16.1 Nombre: Dora Lina A.
16.2 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐
16.3 Número de documento: 93244012
16.4 Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☒
16.5 Firma: [Firma]

17. TESTIGO

17.1 Nombre: [Firma]
17.2 Tipo de documento: [Firma]
17.3 Número de documento: [Firma]
17.4 Firma: [Firma]

Nota: 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.

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

Número de la inscripción: _____ Fecha: _____
Empresa Social del Estado: Sobred suroccidente fantasma Número de Carpeta: _____

El presente instrumento se utiliza para el seguimiento del cumplimiento de lo establecido en la Ley 1335 de 2009 y debe ir anexo a las actas de Inspección, Vigilancia y Control.

1. CÉDULA ESTABLECIMIENTO

1.1 Razón social: <u>INVERSIONES DRILLTEX SAS</u>	
1.2 Nombre del establecimiento: <u>INVERSIONES DRILLTEX SAS</u>	
1.3 NIT: <u>860502682-8</u>	1.4 Sede: <u>No tiene</u>
1.5 Dirección: <u>Av CL 80 69 70 ofi 18</u>	1.6 Localidad: <u>ENGATIVA</u>
1.7 UPZ: <u>LAS FERIAS</u>	1.8 Teléfono 1: <u>5330600</u>
1.9 Teléfono 2: <u>310294132</u>	
1.10 Barrio: <u>LAS GALIAS</u>	1.11 Correo electrónico: <u>contadora@drilltex.net</u>
1.12 Nombre propietario: <u>INVERSIONES DRILLTEX SAS</u>	
1.13 Tipo de documento: C. C. ☐ C. E. ☐ NIT: ☒	1.14 Número documento: <u>860502682-8</u>
1.15 Nombre representante legal: <u>CARLOS ALBERTO LATTANZIO RESTAÑO</u>	
1.16 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐	1.17 Número documento: <u>19304899</u>
1.18 Persona que atiende la visita: <u>DORA IULIA LOPEZ</u>	1.19 Cargo: <u>Asistente de gerencia</u>
1.20 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐	1.21 Número documento: <u>51834493</u>
1.22 Dirección de notificación: <u>Av CL 80 69 70 ofi 18</u>	
1.23 Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☒ NO ☐	
1.24 Número matrícula mercantil del establecimiento: <u>00155790</u>	
1.25 La matrícula mercantil del establecimiento está actualizada: SI ☒ NO ☐	
1.26 Línea de intervención: <u>Medicamentos seguros</u>	1.27 Tipo de establecimiento: <u>Distribución D.M.</u>
1.28 Intervención: <u>IVC DM SAL</u>	
1.29 Número de trabajadores: <u>15</u>	1.30 Horario: diurno ☒ nocturno ☐ 24 horas ☐ otro: <u>-</u>
1.31 Días de funcionamiento: lunes a viernes ☒ domingo a domingo ☐ lunes a sábado ☐ otro: <u>-</u>	

2. ASPECTOS A VERIFICAR

DESCRIPCIÓN	Cumplimiento
2.1 Se prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados en el establecimiento y/o áreas conexas como terrazas, jardines, aleros, sombrillas, entre otros.	<u>Cumple</u> ☒ SI ☐ NO
2.2 No cuenta con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados.	<u>Cumple</u> ☒ SI ☐ NO
2.3 Existe un letrero visible al público que indique; "Por el bien de su salud, este espacio está libre de humo de cigarrillo o de tabaco" o "Respire con tranquilidad este es un espacio libre de humo de tabaco" o "Bienvenido, este es un establecimiento libre de humo de tabaco" (no debe contener figuras alusivas al cigarrillo ni recordatorio de marcas) y que haga referencia al artículo 19 de la Ley 1335 de 2009 y sobre la prohibición de la venta de cigarrillo y tabaco a menores de edad y que haga referencia al artículo 2, párrafo 1 de la Ley 1335 de 2009.	<u>Cumple</u> ☒ SI ☐ NO
2.4 Adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas que se encuentren fumando en el lugar, y se compromete a defender los derechos de las personas no fumadoras con el fin de salvaguardar la salud de los empleados que laboran en el establecimiento.	<u>Cumple</u> ☒ SI ☐ NO
2.5 Restringe la venta de cigarrillo y tabaco a menores de edad.	<u>Cumple</u> ☒ SI ☐ NO

Hoja 1/2

Continuación 2. ASPECTOS A VERIFICAR	DESCRIPCIÓN	Cumplimiento	
2.6 Se prohíbe la venta de productos de tabaco y sus derivados de forma individual en el establecimiento.	Cumple	SI	NO
2.7 Se prohíbe el uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos productos de tabaco y sus derivados a menores de edad en el establecimiento.	Cumple	SI	NO
2.8 Presencia de empaques o etiquetas que no cumplan con las disposiciones de los artículos 13 y 16 de la Ley 1335 de 2009, sobre advertencias sanitarias.	Cumple	SI	NO
2.9 Se prohíbe toda forma de promoción, publicidad y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados en el establecimiento.	Cumple	SI	NO

3. OBSERVACIONES

4. CONCEPTO TÉCNICO

Cumple con las exigencias de los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009

SI ☒ No ☐

5. FUNCIONARIO DE SALUD (1)

5.1 Nombre: ALBERTO RIVERA
5.2 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐
5.3 Número de documento: 1101311901
5.4 Cargo: Trabajo Biomédico
5.5 Firma: [Firma]

6. FUNCIONARIO DE SALUD (2)

6.1 Nombre: RODRIGO BENEDICTO
6.2 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐
6.3 Número de documento: 79018581
6.4 Cargo: Químico Farmacéutico
6.5 Firma: [Firma]

7. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

7.1 Nombre: Dora Leticia Lopez
7.2 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐
7.3 Número de documento: 8504493
7.4 Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☒
7.5 Firma: [Firma]

8. TESTIGO

8.1 Nombre: [Firma]
8.2 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐
8.3 Número de documento: [Firma]
8.4 Firma: [Firma]

Nota: 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.

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