	SALUD PUBLICA	Código F-SP-VC08-10
	ACTA DE CONTROL SANITARIO Y/O VERIFICACION DE EXIGENCIAS	Versión: 01

MUNICIPIO: _____ FECHA: _____ No. Acta: _____

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZON SOCIAL: _____

DIRECCION: _____

TELEFONOS: _____ FAX: _____

DEPARTAMENTO: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

ACTIVIDAD: _____

OBJETIVO DE LA VISITA: Verificación del Cumplimiento de las exigencias formuladas en el Acta de Inspección Sanitaria No. _____ de Fecha _____

FUNCIONARIO QUE PRÁCTICO LA VISITA: _____


PERSONA QUE ATENDIO LA VISITA: _____

1. ASPECTOS A VERIFICAR SEGÚN ACTA ANTERIOR

No.	EXIGENCIA	CONDICION ENCONTRADA

2. CONCEPTO:

Favorable: _____ Cumple totalmente las condiciones sanitarias.

	SALUD PUBLICA	Código F-SP-VC08-10
	ACTA DE CONTROL SANITARIO Y/O VERIFICACION DE EXIGENCIAS	Versión: 01

Favorable condicionado: _____ Se dejan exigencias y se fija plazo para su cumplimiento.

Desfavorable: _____ No admite exigencias. Se procede a aplicar medidas Sanitarias de seguridad.

3. EXIGENCIAS FRENTE ANUEVA SITUACION SANITARIA

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente la Ley 9 del 1979 y su reglamentación, para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un Plazo de

OBSERVACIONES O MANIFESTACIONES DE LA PERSONA QUE ATENDIO LA VISITA:

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy _____ del mes de _____ del año _____, en el Municipio de _____

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable o quien atendió la visita.

INSTITUCION: _____

INSTITUCION: _____

FUNCIONARIO DE SALUD

PORPARTE DE LA ENTIDAD:

FIRMA: _____

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

C.C: _____

C.C: _____

CARGO: _____

CARGO: _____