|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTA DE APLICACIÓN** | | | | | | | | | | | | **ACTA DE LEVANTAMIENTO** | | | | | | | | | |
| **CLAUSURA TEMPORAL** | **TOTAL** | | | |  | | **SUSPENSIÓN DE SERVICIOS** | | |  | | **CLAUSURA TEMPORAL** | | | **TOTAL** | |  | | **SUSPENSIÓN DE SERVICIOS** | | |
| **PARCIAL** | | | |  | | **PARCIAL** | |  | |
| En el Municipio de ITAGÜÍ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_, los suscritos funcionarios de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificados como abajo aparece, en ejercicio de sus funciones oficiales, visitaron las instalaciones del establecimiento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RAZÓN SOCIAL:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **EVENTO AMS:** | |
| **DIRECCIÓN:** | | | | | | | | | | | | | **TELÉFONO:** | | | | | **FAX:** | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATRÍCULA MERCANTIL O PERSONERÍA JURÍDICA:** | | | | | | | | | | | | | | | | **FECHA:** | | | | | |
| **PROPIETARIO:** | | | | | | | | | | | | | | | | **CÉDULA O NIT:** | | | | | |
| **REPRESENTANTE LEGAL:** | | | | | | | | | | | | | | | | **CÉDULA:** | | | | | |
| **ADMINISTRADOR:** | | | | | | | | | | | | | | | | **CÉDULA:** | | | | | |
| **DIRECTOR TÉCNICO:** | | | | | | | | | | | | | | | | **CÉDULA:** | | | | | |
| **TITULO/CREDENCIAL:** | | |  | | | | | | | | **INSCRIPCIÓN/REGISTRO:** | | | | | | | **FECHA:** | | | |
| Procedieron a: | | APLICAR | |  | | LEVANTAR | |  | La medida de sanitaria de seguridad consistente en: | | | | | | SUSPENSIÓN DE SERVICIO |  | | CUÁL? | | | |
| CLAUSURA TEMPORAL |  | | TOTAL | | |  |
| PARCIAL | | |  |
| La causal de esta medida obedece a: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimiento realizado de conformidad con lo estipulado en el artículo 576 de la Ley 9 de 1979 y su reglamentación, especialmente el (la)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FUNCIONARIOS DE SALUD:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA: | | | | | | | | | | | | | | FIRMA: | | | | | | | |
| NOMBRE: | | | | | | | | | | | | | | NOMBRE: | | | | | | | |
| CÉDULA: | | | | | | | | | | | | | | CÉDULA: | | | | | | | |
| CARGO: | | | | | | | | | | | | | | CARGO: | | | | | | | |
| **QUIEN ATIENDE LA VISITA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA: | | | | | | | | | | | | | | FIRMA: | | | | | | | |
| NOMBRE: | | | | | | | | | | | | | | NOMBRE: | | | | | | | |
| CÉDULA: | | | | | | | | | | | | | | CÉDULA: | | | | | | | |
| CARGO: | | | | | | | | | | | | | | CARGO: | | | | | | | |
| **PARA CONSTANCIA; PREVIA LECTURA Y RATIFICACIÓN DEL CONTENIDO DE LA PRESENTE ACTA, FIRMAN LOS FUNCIONARIOS QUE INTERVINIERON EN LA VISITA Y PERSONAL QUE LA ATIENDE POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO. DE LA PRESENTE ACTA SE DEJA COPIA EN PODER DE LA(S) PERSONA(S) QUE ATIENDE(N) LA VISITA. Este documento debe permanecer en el inmueble y certifica acerca de las condiciones sanitarias para ser presentado a las diferentes autoridades competentes que lo soliciten, estando exento de todo pago (Decreto 2150/1995).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |