



Subred: Sul occidente CIE Número de Inscripción: \_\_\_\_\_  
Unidad de Servicios de Salud: Prado de Bosa Número de Carpeta: CB5

**1. CÉDULA ESTABLECIMIENTO**

1.1 Razón social: Diadel Fumigaciones SAS  
1.2 Nombre del establecimiento: DIADEL FUMIGACIONES SAS  
1.3 NIT: 900356226-0 1.4 Sede: No tiene  
1.5 Dirección: K2 18L 692 21 Sur 1.6 Localidad: Cuauque  
1.7 UPZ: La Guadalupe 1.8 Teléfono 1: 7619276 1.9 Teléfono 2: 3138330595  
1.10 Barrio: Villa Guadalupe 1.11 Correo electrónico: diadel.fumigaciones@gmail.com  
1.12 Nombre propietario: Diana Patricia...  
1.13 Tipo de documento: C. C.  C. E.  NIT  1.14 Número documento: 900356226-0  
1.15 Nombre representante legal: Alexander...  
1.16 Tipo de documento: C. C.  C. E.  1.17 Número documento: 900356226-0  
1.18 Persona que atiende la visita: Alexander... 1.19 Cargo: Representante legal  
1.20 Tipo de documento: C. C.  C. E.  1.21 Número documento: 900356226-0  
1.22 Dirección de notificación: K2 18L 692 21 Sur  
1.23 Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI  NO   
1.24 Número matrícula mercantil del establecimiento: 01989192  
1.25 La matrícula mercantil del establecimiento está actualizada: SI  NO   
1.26 Línea de intervención: Salud Ambiental 1.27 Tipo de establecimiento: Vecinos - Familiares y...  
1.28 Intervención: Inspección y control higiénico sanitario  
1.29 Número de trabajadoras: 0 1.30 Horario: diurno  nocturno  24 horas  otro: ...  
1.31 Días de funcionamiento: lunes a viernes  domingo a domingo  fin de semana  otro: ...

**COPIA INFORMATIVA  
ADJUNTA A COTIZACIÓN O  
DESCARGADA DESDE LA WEB**

**NO VALIDA PARA FINES DE  
CONTROL SANITARIO**

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI NO	MOTIVO
Visita 1	02	Mayo	2018	FAVORABLE		(VO) Visita de oficio
Visita 2	20	Junio	2018	FAVORABLE		(NC) Notificación comunitaria
Visita 3	/	/	/	/	/	(AB) Asociada a brote
Visita 4	/	/	/	/	/	(SI) Solicitud del interesado Rad. _____ (SO) Solicitud oficial Rad. _____

**2. INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES**

Aspecto a verificar	Hallazgos
2.1 Número de trabajadores administrativos (Hombres).	0
2.2 Número de trabajadores administrativos (Mujeres).	0
2.3 Número de trabajadores operativos (Hombres).	2
2.4 Número de trabajadores operativos (Mujeres).	0
2.5 Número de trabajadores menores de edad.	0
2.6 Número de turnos por semana por trabajador.	1
2.7 Horas por turno por trabajador.	8

**3. CONDICIONES LOCATIVAS Y DE ALMACENAMIENTO**

Aspecto a verificar	Cumplimiento	Hallazgos
3.1 Pisos.	1 2 3 4	/

1. Cumple 2. No Cumple 3. No Aplica 4. No Observado



Continuación 10.4 Observaciones de quien atiende la visita:

COPIA INFORMATIVA  
ADJUNTA A COTIZACIÓN O  
DESCARGADA DESDE LA WEB  
FAVORABLE

NO VALIDA PARA FINES DE

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

11.1 Clausura temporal total	<input type="checkbox"/>	11.4 Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>
11.2 Clausura temporal parcial	<input type="checkbox"/>	11.5 Decomiso	<input type="checkbox"/>
11.3 Suspensión parcial de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>	11.6 Congelación	<input type="checkbox"/>

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) 20/10/2018, en Bogotá D. C.

12. FUNCIONARIO DE SALUD (1)		13. FUNCIONARIO DE SALUD (2)	
12.1 Nombre:	YUDY FARRAZITA BARRERA	13.1 Nombre:	ANDRÉS SAUNDY COLLAZ
12.2 Tipo de documento:		13.2 Tipo de documento:	
12.3 Número de documento:	52010133	13.3 Número de documento:	7790498
12.4 Cargo:	Asesor	13.4 Cargo:	Asesor
12.5 Firma:	[Firma]	13.5 Firma:	[Firma]
14. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA		15. TESTIGO	
14.1 Nombre:	Alexander Diaz	15.1 Nombre:	
14.2 Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		15.2 Tipo de documento:	
14.3 Número de documento: 5905593 Falan		15.3 Número de documento:	
14.4 Cargo: Representante legal <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/>		15.4 Firma:	
14.5 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.