



**ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA  
SANITARIA DE SEGURIDAD.**

Acta Nro. \_\_\_\_\_



Alcaldía Municipal  
**Ibagué**  
NIT.800113389-7

**APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA A:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre del establecimiento comercial, sociedad o persona natural)

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, se hicieron presentes los funcionarios de la Entidad Territorial de Salud (ETS) \_\_\_\_\_, identificados como abajo aparece, en el establecimiento \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_, teléfono: \_\_\_\_\_ con el fin de \_\_\_\_\_

La visita fue atendida por el señor (a) \_\_\_\_\_ identificado(a) con C.C. Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_

**OBJETIVOS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL ESTABLECIMIENTO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SITUACIÓN SANITARIA ENCONTRADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA  
SANITARIA DE SEGURIDAD.**

**LOGO ETS**

Acta Nro. \_\_\_\_\_

Se hace toma de muestras Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_, en caso afirmativo relacione el número del acta de toma de muestras \_\_\_\_\_

Constancia de contra muestras Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ a cargo de \_\_\_\_\_  
en calidad de \_\_\_\_\_

**VISTOS:**

Teniendo en cuenta la descripción de los hechos citados en el acápite de objetivo y situación encontrada, se establece la obligatoriedad de tomar una decisión sanitaria, en aras de salvaguardar la salud pública.

**CONSIDERANDOS:**

Que de acuerdo a lo señalado en el artículo 78 de la constitución política de Colombia, donde se establece que la Ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos o prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización. Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.

Que de acuerdo a la Ley 715 de 2001, en el artículo 44.3.3.1. Le corresponde a los Municipios. Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico.

El artículo 33 de la Resolución 1229 de 2013 establece que las medidas sanitarias aplicables al modelo de inspección, vigilancia y control sanitario, serán las establecidas en la Ley 09 de 1979, el Decreto 3518 de 2006 y las normas que los modifique, adiciones o sustituyan.

Que para esta visita de inspección, control y vigilancia, se ha delegado a los funcionarios,  
\_\_\_\_\_ de la ETS de \_\_\_\_\_, pudiendo ser acompañados por los contratistas (profesionales o técnicos) \_\_\_\_\_

Que en cumplimiento al objeto contractual desarrollan y apoyan las actividades de \_\_\_\_\_

Que de conformidad con la situación sanitaria \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ encontrada en \_\_\_\_\_ se hace necesario aplicar la Medida Sanitaria de Seguridad consistente en \_\_\_\_\_  
Por \_\_\_\_\_





**ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA  
SANITARIA DE SEGURIDAD.**

**LOGO ETS**

Acta Nro. \_\_\_\_\_

Que los siguientes funcionarios / contratistas (profesionales o técnicos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, conceptúan favorablemente sobre la viabilidad de aplicar la medida sanitaria en cita.

Que en mérito de lo anterior, los funcionarios que asisten a la presente diligencia,

**RESUELVEN:**

**PRIMERO.** Aplicar la medida sanitaria de seguridad consistente en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta decisión, medida que tendrá carácter preventivo, se aplicará sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar y se levantará cuando se compruebe que ha desaparecido las causas que la originaron.

**SEGUNDO.** Contra la presente decisión no procede recurso alguno.

**TERCERO.** Copia íntegra de este acto se entregará a la persona que atiende la diligencia de visita.

**CÚMPLASE**

**Funcionarios / Contratistas (profesionales o técnicos)**

Nombre	_____	Nombre	_____
Firma	_____	Firma	_____
C.C.	_____	C.C.	_____
Cargo	_____	Cargo	_____

**Quienes atienden la diligencia.**

Nombre	_____	Nombre	_____
Firma	_____	Firma	_____
C.C.	_____	C.C.	_____
Cargo	_____	Cargo	_____