**ACTA DE VISITA O AUDITORÍA**

En la ciudad de Nombre de la ciudad o municipio del departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (XX) días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_, se hicieron presentes en (razón social de la entidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con NIT XXX.XXX.XXX-X, ubicada en Dirección completa de la entidad, los funcionarios o contratistas en representación de la Superintendencia Nacional de Salud:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | CARGO | N° IDENTIFICACIÓN |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Así las cosas se da inicio a la reunión en el despacho del representante legal de (razón social de la entidad), Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dando lectura del Auto de Visita o Auditoría 0000XX, del día y mes de 20XX, de la Superintendencia Delegada para XXXXX, por el cual se ordena visita o auditoría a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (razón social de la entidad), con el objeto de (Se consigna lo descrito en el auto de Visita o de Auditoría) “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.

Como referentes para atender la visita o auditoría el (la) Dr(a). Nombre y Cargo del representante legal de la entidad o quien haga sus veces designa a los funcionarios que serán referentes por componente, quienes serán los responsables de suministrar la información solicitada por el equipo visitador o auditor y acompañar la visita o auditoría como se lista a continuación:

| NOMBRE | CARGO | COMPONENTE |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

La información solicitada por el equipo auditor a la apertura de la visita o auditoría se detalla a continuación:

| N° | NOMBRE DEL DOCUMENTO |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto a los documentos solicitados a la entidad visitada o auditada refiere que serán entregados a las XX: XX am o pm horas del día XX del mes de \_\_\_\_\_\_ de 2XXX en medio magnético o físico, los cuales serán verificados por el coordinador de la visita o auditoría con el fin de validar la entrega completa de la información requerida y con ello darla como recibida.

|  |
| --- |
| DESARROLLO DE LA VISITA O AUDITORÍA |
|  |

Los hallazgos encontrados serán detallados en el informe de visita o auditoría, el cual se remitirá a la entidad con el propósito de respetar y garantizar el debido proceso, si a ello hubiere lugar.

No siendo otro el motivo de la presente acta, se aprueba y se firma por quienes en ella intervinieron, a las XX:XX a.m. o p.m., a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (XX) días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_.

Por parte de **(Razón social de la entidad):**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: | Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: |
| Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: | Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: |
| Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: | Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: |

Por parte de la **Superintendencia Nacional de Salud:**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: | Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: |
| Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: | Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: |
| Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: | Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: |