Acta Número

E.S.E.:	Fecha:	DD	MM	AAAA

1. CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO

ID Establecimiento:	Número de Inscripción:	Número de carpeta:
Razón social:		
Nombre del establecimiento:		
NIT: -DV:	Sede:	
Dirección:		
Ubicación:		
Localidad:	UPZ:	
Barrio:	Teléfonos	
Correo electrónico para notificación*		
Nombre propietario:		
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:	
Nombre representante legal:		
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:	
Dirección de notificación:		
Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☐		
Línea de intervención:		
Intervención:		
Tipo de establecimiento:		
Número de trabajadores:	Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☐ Otro:	
Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo ☐ Fin de semana ☐ Otro:		

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI	MEDIDA SANITARIA NO
Visita 1						
Visita 2						
Visita 3						
Visita 4						

	MOTIVO DE LA VISITA	
Programación ☐	Solicitud del interesado ☐ Número de radicado:	Asociada a peticiones, quejas y reclamos ☐ Número de radicado:
Solicitud oficial ☐ Número de radicado:	Evento de interés en salud pública ☐	Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin ☐
Otro: ☐ Especifique:		

2. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Aspecto a verificar	Cumplimiento 1	Cumplimiento 2	Hallazgos
2.1 ¿Dispone de manuales donde se detallen los procesos y procedimientos de los servicios que se prestan?.	1	2	

1. Cumple 2. No Cumple

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

3. MANUAL O PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		
3.1 ¿Dispone de un manual de bioseguridad documentado, con los contenidos y acciones en conductas básicas en bioseguridad, selección y uso de elementos de protección personal, higiene de manos, técnicas de asepsia y normas de seguridad para el uso de productos cosméticos, según lo establecido en la Resolución 2827 de 2006?.	1	2	

4. PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Hallazgos
4.1 ¿Cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos Provenientes de Centros de Estética, peluquerías y actividades y similares (PGIRP), el cual se encuentra documentado y describe las acciones a desarrollar en el establecimiento según lo establecido en la Resolución 2827 de 2006?	1	2	

5. DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Hallazgos
5.1 Información de la empresa.	1	2	
5.2 Relación del personal y funciones.	1	2	
5.3 Hojas de vida del personal y soportes (Certificado idoneidad, capacitación en bioseguridad).	1	2	
5.4 Relación o inventario de procedimientos o servicios.	1	2	
5.5 Relación o inventarios de equipos.	1	2	
5.6 Registro de equipos y su mantenimiento (hoja de vida).	1	2	
5.7 Manuales de equipos.	1	2	
5.8 Fichas (Historias) estéticas.	1	2	
5.9 Incorporación en ruta sanitaria.	1	2	
5.10 Planos de Áreas.	1	2	
5.11 Autorización de menores.	1	2	

6. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Hallazgos
6.1 ¿Adoptan e implementan precauciones generales relacionadas con conductas básicas en bioseguridad y las acciones para el control de factores de riesgo ocupacionales establecidos en la Resolución 2827 de 2006?	1	2	
6.2 ¿Seleccionan y utilizan Elementos de Protección Personal (EPP) apropiados, de acuerdo al riesgo, con características y frecuencias de uso adecuados, según lo establecido en la Resolución 2827 de 2006 y en el manual de bioseguridad del establecimiento?	1	2	
6.3 ¿Implementan técnicas de lavado de manos con los insumos, procedimientos y momentos adecuados según lo establecido en la Resolución 2827 de 2006 y en el manual de bioseguridad del establecimiento?	1	2	
6.4 ¿Implementan procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización con los insumos, procedimientos y frecuencias adecuados según lo establecido en la Resolución 2827 de 2006 y en el manual de bioseguridad del establecimiento?	1	2	
6.5 ¿Cumple con las actividades mínimas para el manejo y la disposición de residuos generados: Segregación, movimiento interno, almacenamiento intermedio y/o central, desactivación (gestión interna), recolección, transporte, tratamiento y/o disposición final (gestión externa), según la Resolución 2827 de 2006 y el Plan de Gestión Integral de Residuos del establecimiento?	1	2	
6.6 ¿Cumplen las normas de seguridad para el uso de productos cosméticos establecidas en la Resolución 2827 de 2006?	1	2	

7. INSUMOS Y PRODUCTOS			
7.1. ¿Todos los productos cosméticos aplicados cuentan con Notificación Sanitaria Obligatoria?	1	2	
7.2. ¿Todos los equipos estéticos utilizados cuentan con con Registro Sanitario como dispositivo médico?	1	2	

1. Cumple	2. No Cumple

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

8. EXIGENCIAS	SI	NO

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Continuación 8. EXIGENCIAS	SI	NO

8.1 Concepto sanitario de la visita:	Favorable		Favorable con requerimientos*		Desfavorable	

**El establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos sanitarios establecidos en las normas vigentes.*

8.2 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de _____días, contados a partir de día___del mes de_____de _____, que vence el día_____ del mes de _____de_____.

8.3 Observaciones de quien atiende la visita:

8.4 Observaciones de quien realiza la visita

9. APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD (ART. 576 LEY 9ª DE 1979)			
Clausura temporal total	☐	Suspensión total de trabajos o servicios	☐
Clausura temporal parcial	☐	Decomiso	☐
Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐	Congelación	☐
Destrucción o desnaturalización	☐		

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año)___/___/___ en Bogotá D.C.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Profesión u oficio:	Profesión u oficio:
Firma:	Firma:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	**TESTIGO**
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐	Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐
Número de documento:	Número de documento:
Cargo: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☐	Firma:
Firma:	

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la Ley 9 de 1979, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011"

NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ