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. INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Aspecto a verificar	Número	
2.1 Número de trabajadores administrativos		
2.2 Número de trabajadores operativos		

*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

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

3. TIPO DE ESTABLECIMIENTO	Informativo	
3.1 Centro de estética y cosmetología.	SI	NO
3.2 Instituto de belleza.	SI	NO
3.3 Gimnasio.	SI	NO
3.4 SPA	SI	NO
3.5 Centro de formación en estética y/o cosmetología	SI	NO
3.6 Maquillaje facial o corporal	SI	NO

4. PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD (Habilitados)			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		
4.1 Cuenta con la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.	SI	NO	N.A.
4.2 Código prestador de servicios asignado por la SDS:	SI	NO	N.A.
4.3 Numero del distintivo de habilitación	SI	NO	N.A.

5. DOCUMENTACIÓN LEGAL		
Aspecto a verificar	Cumplimiento	
5.1 ¿Tiene certificado de existencia y representación legal, expedido por la Cámara de Comercio?	SI	NO
5.2 ¿Tiene viabilidad del uso del suelo expedido por planeación municipal o la entidad territorial?	SI	NO
5.3 ¿El establecimiento se encuentra inscrito ante la Secretaria Distrital de Salud ?	SI	NO
5.4 ¿Tiene inventario de procedimientos del establecimiento (servicios prestados)?	SI	NO

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO O SERVICIO	RESPONSABLE PROCEDIMIENTO	MODO DE APLICACIÓN			
		PROCEDIMIENTO INVASIVO		MANUAL	PRODUCTOS COSMÉTICOS
		SI	NO		
		SI	NO		
		SI	NO		
		SI	NO		
		SI	NO		

5.5 ¿Disponen de un documento en donde se detallen los procesos y procedimientos de los servicios que se prestan?	SI	NO

5.6 Escriba los procesos y procedimientos que no estén incluidos en el documento

5.7 ¿El establecimiento cuenta con un archivo del personal que trabaja alli, que dé cuenta de sus responsabilidades y acredite su idoneidad para prestar los servicios ofrecidos (hojas de vida y constancias de estudio)? Relacionelo a continuación

RELACIÓN DE PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE	NIVEL DE FORMACIÓN (Educación para el trabajo /educación superior)	NOMBRE DE ENTIDAD EDUCATIVA	CARGO

Nota: El nivel de formación se acredita con un certificado de un programa de formación (de una institución de educación para el trabajo, registrada ante una secretaría de educación) o con un diploma de técnico profesional /tecnólogo (de una institución de educación superior registrada ante el Ministerio de Educación Nacional.

6. CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO		
Aspecto a verificar	Cumplimiento	
6.1. ¿Se 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 uso de cosméticos; garantizando el control de los factores de riesgo físicos, químicos y biológicos, según lo establecido en la Resolución 2827 de 2006?	1	2
6.2. ¿Se implementan de manera coherente y adecuada las acciones contempladas en el manual de bioseguridad según las necesidades e insumos del establecimiento?	1	2
6.3. ¿Se cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos documentado, con las acciones a desarrollar en el establecimiento, según lo establecido en la Resolución 2827 de 2006, el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1164 de 2002, o la normatividad sanitaria vigente en el tema?	1	2
6.4 ¿Se cuenta con un lavamanos en las zonas comunes o en las cabinas individuales?	1	2
6.5 ¿Se dispone de áreas independientes que permitan el desarrollo cada una de las actividades?	1	2
6.6 ¿Cada área definida de trabajo permite el libre movimiento del personal?	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

Aspecto a verificar	Cumplimiento	
6.7 ¿Las áreas de circulación están claramente demarcadas, tienen la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y están provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes?	1	2
6.8. ¿Las divisiones son hidrorepelentes, antiadherentes y permiten o garantizan la circulación de aire limpio de un lado a otro?	1	2
6.9 ¿Cuenta con sala de espera?.	1	2
6.10 ¿Se garantiza la privacidad de las áreas o cabinas para aquellas actividades que así lo requieran?	1	2
6.11 ¿Las paredes, pisos y techos son en material no poroso, no absorbente, de fácil limpieza y desinfección?	1	2
6.12 ¿El mobiliario, sillas, mesas, camillas, etc. Han sido construidos o recubiertos empleando material impermeable?	1	2
6.13 ¿Se dispone de protectores o demás elementos cuando se realizan técnicas que requieren contacto directo del cuerpo con el mobiliario?	1	2
6.14 ¿Las instalaciones cuentan con buena iluminaciones y ventilación ya sea natural o artificial?	1	2
6.15 ¿Se dispone de un botiquín dotado, de fácil acceso, con los implementos necesarios para primeros auxilios?	1	2
6.16 ¿Existe algún procedimiento para la identificación de factores de riesgo ocupacional?	1	2
6.17 ¿El establecimiento cuenta con unidades sanitarias completas, de acuerdo con los procedimientos estéticos que allí se realizan, limpias, con toallas, jabón líquido y demás elementos de aseo necesarios?	1	2
6.18 Cuando el usuario requiera el cambio de ropa para desarrollar las actividades correspondientes al establecimiento, ¿se dispone de un véstier? Nota: En el caso de que dispongan de cabinas de uso individual, estas pueden ser usadas para tal fin.	1	2
6.19 ¿El establecimiento o la institución está localizado en lugares que presentan riesgo inminente de desastres naturales, cerca de áreas con riesgos de salubridad grave e incorregible que impidan mantener las condiciones internas de la Institución?	1	2
6.20 ¿Se cuenta con elementos necesarios para controlar y combatir accidentes por fuego, tienen carga vigente, y se encuentran señalizados y ubicados de forma adecuada?	1	2
6.21 ¿Se cuenta con suministro permanente de agua potable, servicio de alcantarillado y energía eléctrica y se mantiene en estado de conservación y limpieza?	1	2
6.22 ¿Se cuenta con un área específica y separada físicamente para el lavado de utensilios con una poceta con suministro de agua y red hidráulica para agua potable y aguas negras?	1	2
6.23 ¿El establecimiento tiene un programa implementado para el manejo integrado de plagas y vectores?	1	2
6.24 ¿Los productos cosméticos que se utilizan en el establecimiento tienen Notificación Sanitaria Obligatoria?	1	2

7. DEPÓSITOS Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS		
7.1 ¿El área dispuesta para los desechos sólidos es independiente?	1	2
7.2 ¿Se efectúa una adecuada gestión de los residuos sólidos y líquidos que se generan, de acuerdo con lo contemplado en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1164 de 2002, o la normativa sanitaria vigente en el tema?	1	2

8. LENCERÍA		
8.1 ¿Las toallas y demás elementos de lencería que se utilizan en el establecimiento, se mantienen y almacenan en condiciones higiénicas y son renovadas con cada cliente?	1	2
8.2 Una vez usadas, ¿se depositan en recipientes dispuestos para tal fin?	1	2

9. PERSONAL		
9.1 ¿El personal conoce y cumple con el manual de bioseguridad, Resolución 2827 de 2006, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social" Nota: El personal no podrá ingerir alimentos ni ninguna clase de bebida durante la prestación de los servicios ofrecidos en el establecimiento"	1	2
9.2 ¿El personal conoce y aplica la norma en cuanto a no realizar procedimientos cosméticos cuando padezcan heridas y/o lesiones cutáneas en las manos?	1	2
9.3 ¿El personal que labora en el establecimiento informa previamente a sus clientes al respecto de los cuidados, precauciones, riesgos y el costo de los servicios prestados allí?	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

10. REVISION DE PRODUCTOS.		
	Cumple	
10.1. ¿Se da cumplimiento a las instrucciones de almacenamiento de los productos cosméticos y desinfectantes descritas por su fabricante en la etiqueta, en particular, las relacionadas con las condiciones de temperatura y humedad?	1	2
10.2. ¿Se garantiza el cumplimiento de las condiciones y advertencias establecidas por el fabricante en el empaque y etiqueta de los productos?	1	2
10.3. ¿El establecimiento está libre de productos fraudulentos? (sin Registro Sanitario o Notificación Sanitaria Obligatoria, presentaciones no autorizadas, rotulado no autorizado, etc)	1	2
10.4. ¿El establecimiento está libre de productos alterados? (con fecha de vencimiento expirada, inadecuado almacenamiento, deteriorado fisicoquímicamente)	1	2
10.5. ¿El establecimiento está libre de productos no permitidos para el tipo de establecimiento? (venta con formula medica)	1	2
10.6. ¿El establecimiento está libre de productos reportados en las alertas sanitarias y en oficios de delegación del INVIMA?	1	2

11. ASPECTOS A VERIFICAR

11.1 PRODUCTOS COSMÉTICOS Y DE DESINFECCIÓN UTILIZADOS

Tipo de producto	Nombre del producto/ sustancia activa*	Fabricante	Notificación Sanitaria Obligatoria - Registro Sanitario Invima	Estado Físico			Cantidad mensual utilizada	Unidad de medida (Kg o Unidades*)
				S	L	O		

11.2 CLASE DE RESIDUO

Tipo de Residuo	Estado Físico			Cantidad mensual generada en kg
	S	L	O	

12 EXIGENCIAS	SI	NO
12.1 Descripción de las exigencias:		

Tipo de producto: **D**: desinfectante, **C**: cosmético, **O**: otros | * Unidades: **UN**

S. Sólido | L. Líquido | O. Otro

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

CONTINUACÍON EXIGENCIAS	SI	NO
Continuación Descripción de las exigencias:		

12.2 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, pero las condiciones sanitarias evidenciadas no conllevan a un riesgo inminente para la salud humana.*

12.3 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_____.

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

12.4 Observaciones de quien atiende la visita:
12.5 Observaciones de quien realiza la visita

13. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD			
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 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