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:		

*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

2. ESTANDARES				
2.1 RECURSO HUMANO				
Descripción	Medio de verificación	Cumplimiento		Observaciones
2.1.1 ¿Todos los trabajadores que presten servicios de estética facial y corporal tienen como mínimo Certificado de aptitud ocupacional como técnico laboral de una entidad de educación para el trabajo y desarrollo humano? En caso de educación superior, cuenta con el titulo respectivo?	Certificado de aptitud ocupacional como técnico laboral y/o título de Técnico Profesional en Estética	1	2	
2.1.2 ¿Todos los trabajadores y propietarios tienen capacitación en bioseguridad (programa mínimo de 40 horas) con una vigencia no mayor a dos años?	Certificado de asistencia al curso de bioseguridad. Para el caso de la educación para el trabajo y desarrollo humano y de educación superior, adjuntar certificado o constancia de que el programa incluye dentro de su currículo capacitación en bioseguridad.	1	2	
2.2 INSTALACIONES FÍSICAS				
Descripción	Medio de verificación	Cumplimiento		Observaciones
2.2.1 ¿Tiene un área específica identificada y con separación física dedicada a las labores de asepsia que contenga los elementos necesarios para poder realizar la limpieza, esinfección y esterilización de los diferentes elementos, equipos, utensilios, herramientas, etc., utilizados en la práctica de estética facial y corporal?	Existencia física de la zona de asepsia. Señalizada, especifica, exclusiva y que contenga los elementos necesarios.	1	2	
2.3 DOTACIÓN YMANTENIMIENTO				
Descripción	Medio de verificación	Cumplimiento		Observaciones
2.3.2 ¿Se cuenta con los equipos y la dotación acordes con los protocolos de tratamientos y servicios ofrecidos?	Coherencia entre el inventario de procedimientos y equipos con los servicios ofrecidos y hoja de vida de cada equipo actualizada.	1	2	
2.4. GESTIÓN DE APARATOLGÍA Y COSMÉTICOS				
Descripción	Medio de verificación	Cumplimiento		Observaciones
2.4.1 ¿Forma parte de la Red Nacional de Tecnovigilancia?	Correo electrónico o carta del usuario al INVIMA confirmando inscripción	1	2	
2.4.2 ¿Implementa el programa de Tecnovigilancia?	Procedimiento escrito de la implementación que deben tener los establecimientos según lo establecido en la guía de reporte publicada en la página web del INVIMA en el hipervínculo de tecnovigilancia y en la Resolución 4816 de 2008.	1	2	
2.4.3 ¿Es reportante activo de incidentes y/o eventos adversos asociados con los dispositivos médicos y equipos biomédicos.?	Reportes escritos o electrónicos remitidos al INVIMA (Dirección de Dispositivos Médicos) y/o a la Secretaría Distrital de Salud, dentro de las 72 horas en caso de eventos o incidentes serios y cada tres meses en caso de eventos o incidentes no serios. En caso de no ocurrencia de eventos durante el trimestre, informe remitido al INVIMA/Secretaría Distrital de Salud, por medio escrito o por correo electrónico.	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

2.5. DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS				
Descripción	Medio de verificación	Cumplimiento		Observaciones
2.5.1 Se cuenta con fichas de valoración estética que incluyen como mínimo datos personales, antecedentes, valoración, indicación, prescripción/recomendaciones, diseño o plan de tratamiento, cuidados, precauciones, riesgos, costos, consentimiento informado, evolución del tratamiento.	Ficha estética completamente diligenciada	1	2	
2.5.2 ¿Se cuenta con un instrumento que mida el nivel de satisfacción del usuario en términos de calidad de los servicios, que incluya aspectos de bioseguridad, y que sirva como base para el mejoramiento continuo?	Encuestas realizadas a los usuarios en términos de calidad del servicio y plan de acción implementado para el mejoramiento continuo, con base en la información recolectada.	1	2	
2.5.3 ¿Se socializa el protocolo de bioseguridad mínimo cada seis meses?	Talleres o actas firmadas por los participantes como soporte de socialización del protocolo de bioseguridad	1	2	

2.6. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS - REFERENCIAY CONTRAREFERENCIA				
Descripción	Medio de verificación	Cumplimiento		Observaciones
2.6.1 ¿Se llevan registros de la remisión del cirujano hacia la esteticista o viceversa en casos de pre o pos operatorios?	Registro de la remisión del médico ó cirujano hacia la esteticista/ cosmetólogo(a) o viceversa.	1	2	

3. ¿SE INDICA EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ACREDITACIÓN?	SI	NO
3.1 Descripción de los requisitos:		

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

1. Cumple	2. No Cumple

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

3.2 Para el cumplimiento de los anteriores requisitos de acreditación se concede un plazo de _____días, contados a partir de día___del mes de_____de _____, que vence el día_____ del mes de _____de_____.
3.3 Observaciones de quien atiende la visita:
3.4 Observaciones de quien realiza la visita

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:	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

NOTA 1: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.

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"

NOTA 3:Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.

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

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