Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de inspección, vigilancia y control higiénico sanitaria a establecimientos de vivienda transitoria

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:		
Tpo 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. SERVICIOS ADICIONALES

Aspectos a verificar		
2.1 Señale con una (X) los servicios adicionales evidenciados	SI	NO
2.2 El establecimiento cuenta con servicios adicionales?		
2.2.1 Lavado de prendas en seco.		
2.2.2 Estéticas.		
2.2.3 Peluquería.		
2.2.4 Carpinteria.		
2.2.5 Mantenimiento de maquinaria y equipos; incluye las siguientes actividades distribución de combustibles, cambio de aceite, taller de ornamentación, taller de pintura, taller de mecánica.		
2.2.6 Pesebreras.		

*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

Continuación 2. SERVICIOS ADICIONALES	SI	NO
2.2.7 Consultorio Veterinario, si cuentan con pesebreras y Caniles se vigilan en la misma intervención.		
2.2.8 Clínica Veterinaria si cuentan con pesebreras y caniles se vigilan en la misma intervención.		
2.2.9 Piscina, Jacuzzi.		
2.2.10 Baños turcos, sauna.		
2.2.11 Gimnasio.		
2.2.12 Planta tratamiento agua potable (Pozos).		
2.2.13 Anfiteatros (Animales y Humanos).		
2.2.14 Restaurantes, cafeterías y expendios de licor – bar.		
2.2.15 Expendio de productos farmacéuticos y suplementos dietarios.		
2.2.16 Prestación de servicios de salud		
2.2.17 Otro cual?_____		

3. CONDICIONES LOCATIVAS (Áreas administrativas, zonas comunes, otros servicios)					
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
3.1 Los techos, paredes y muros de las áreas son resistentes, sin grietas, sin signos de filtración y son de fácil limpieza y desinfección.	1	2	3	4	
3.2 Las escaleras, rampas y pisos son seguros y están revestidas de material antideslizantes.	1	2	3	4	
3.3 Se cuenta señalización y demarcación de áreas internas y comunes.	1	2	3	4	
3.4 La iluminación natural o artificial es suficiente y adecuada en función de la actividad que se realiza para su uso al interior del establecimiento.	1	2	3	4	
3.5 La ventilación natural o artificial es adecuada y se encuentra en cantidad suficiente sin generar riesgos a los pacientes, trabajadores y visitantes.	1	2	3	4	
3.6 Las instalaciones eléctricas están adecuadamente instaladas y protegidas.	1	2	3	4	
3.7 Las instalaciones del almacenamiento de insumos y herramientas son adecuadas y seguras.	1	2	3	4	
3.8 Los servicios de expendios de bebidas cumplen con lo dispuesto en el Decreto 1686 de 2012.	1	2	3	4	

4. CONDICIONES LOCATIVAS (Habitaciones, alojamientos, etc.)					
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.1 Los techos, paredes y muros son resistentes, sin grietas, sin signos de filtración y son de fácil limpieza y desinfección.	1	2	3	4	
4.2 La iluminación natural o artificial es suficiente y adecuada en función de la actividad que se realiza para su uso al interior del establecimiento.	1	2	3	4	
4.3 La ventilación natural o artificial es adecuada y se encuentra en cantidad suficiente sin generar riesgos a los pacientes, trabajadores y visitantes.	1	2	3	4	
4.4 Las instalaciones eléctricas están adecuadamente instaladas y protegidas.	1	2	3	4	
4.5 En habitaciones, los muebles y electrodomésticos presentan buen estado de mantenimiento y limpieza.	1	2	3	4	
4.6 Los amenites cuentan con rotulado.	1	2	3	4	
4.7 La lencería de las habitaciones se encuentra en buen estado y se observa en buenas condiciones de limpieza.	1	2	3	4	
4.8 Los colchones y almohadas presentan buen estado de limpieza, están protegidos con elementos que los protejan contra derrames de fluidos.	1	2	3	4	
4.9 En los baños de habitaciones se garantizan las condiciones de aseo y mantenimiento, están construidos en materiales higiénico sanitarios, cuentan con dotación de elementos de aseo personal.	1	2	3	4	
4.10 Las zonas húmedas de habitaciones presentan buen buen estado de pisos, paredes y techos y están en buenas condiciones de limpieza y desinfección.	1	2	3	4	
4.11 Manuales operación de las zonas humedas	1	2	3	4	

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica	4. No Observado

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 4. CONDICIONES LOCATIVAS (Habitaciones, alojamientos, etc.)					
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.12 Los alimentos y bebidas en minibares se almacenan en elementos en buenas condiciones higiénicas y cuentan con fecha de caducidad o consumo vigente.	1	2	3	4	

5. SERVICIOS DE LAVANDERÍA					
Aspecto a verificar	Cumplimiento				
5.1 Los pisos, paredes y techos están construidos con materiales inertes, resistentes, no porosos, impermeables, no deslizantes y con acabados libres de grietas y son de colores claros, están en buen estado.	1	2	3	4	
5.2 Todos los equipos, maquinarias y herramientas presentan evidencias de mantenimiento preventivo y correctivo periódico y están en buen estado.	1	2	3	4	
5.3El almacenamiento de materiales, sustancias químicas u objetos se hace de acuerdo a lo establecido en hojas de seguridad, sin que se creen riesgos para la salud de los trabajadores o de la comunidad.	1	2	3	4	
5.4Se aplican procedimientos de limpieza y desinfección para la lencería, los productos son adecuados.	1	2	3	4	
5.5 Cuenta con sistema de producción de vapor?	SI		NO		
5.6 Llavanderia si esta en otro lugar o tercerisa	SI		NO		
5.7 Cual? Caldera _____ Planta Eléctrica_____ Otro?_____					
5.8 Capacidad.					
5.9 Potencia.					

6. SANEAMIENTO BÁSICO (Fontanería, manejo de residuos, control de plagas, limpieza)					
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
6.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA					
6.1.1 El establecimiento cuenta con suministro permanente de agua potable mediante conexión a una red de acueducto?.	1	2	3	4	
6.1.2 Cuenta con sistema de almacenamiento de agua.	SI		NO		
6.1.3 Fecha ultimo lavado.					
6.1.4 El usuario mantiene las condiciones sanitarias de las instalaciones de distribución y almacenamiento de agua a nivel intradomiciliario, garantizando agua apta para consumo humano (decreto 1575 de 2007 y resolución 2115 de 2007).	1	2	3	4	
6.1.5 Indique la forma en que garantiza el suministro de agua potable.	A	B	C		
6.2 ASEO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN					
6.2.1 Cuentan con procedimientos escritos específicos de limpieza y desinfección de las instalaciones físicas del establecimiento con los respectivos registros de implementación.	1	2	3	4	
6.2.2 Las instalaciones se mantienen en buen estado de presentación, orden, aseo y limpieza, para evitar problemas higiénico-sanitarios.	1	2	3	4	
6.3 DISPOSICIÓN DE RESIDUOS LÍQUIDOS					
6.3.1 El establecimiento está conectado a la red pública de alcantarillado o a otro sistema adecuado de disposición de residuos líquidos?	1	2	3	4	
6.3.2 El establecimiento garantiza un sistema adecuado de disposición de aguas residuales y excretas.	1	2	3	4	
6.3.3 Dispone de desagües y sifones hidráulicos en el área de trabajo y/o baño?	1	2	3	4	

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica	4. No Observado		A.Sistema de abastecimiento	B. Carrotanques	C. Otros

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 6. SANEAMIENTO BÁSICO (fontanería, manejo de residuos, control de plagas, limpieza)					
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
6.4 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS					
6.4.1 Se cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos peligrosos generados en el establecimiento y se encuentra documentado según lo establecido en el decreto 780/2016 y demás normas que se dicten sobre la materia.	1	2	3	4	
6.4.2 Cuenta con los comprobantes de recolección que le entregue el transportador de residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso.	1	2	3	4	
6.4.3 El Plan de Gestión de los Residuos generados en el establecimiento se encuentra implementado.	1	2	3	4	
6.5 CONTROL DE PLAGAS					
6.5.1 Cuentan con procedimientos escritos específicos que den cuenta de un manejo integral de plagas, con los respectivos soporte de la aplicación de medidas y uso de productos para el control de plagas.	1	2	3	4	
6.6 SERVICIOS SANITARIOS					
6.6.1 Se cuenta con baterías sanitarias debidamente dotadas (toallas, jabón, papel higiénico) y en buen estado de funcionamiento	1	2	3	4	
6.6.2 En los baños se garantizan las condiciones de aseo y mantenimiento.	1	2	3	4	
6.6.3 Se garantiza el suministro de elementos de aseo personal.	1	2	3	4	

7. PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Hallazgos
7.1 Se cuenta con equipo contraincendios con tipo, número, distribución y capacidad de acuerdo al tipo de riesgo y carga combustible?	SI	NO	
7.2 El equipo contra incendio se encuentra con carga vigente, ubicado y señalizado de forma adecuada?	SI	NO	
7.3 Se cuenta con un botiquín de primeros auxilios,debidamente señalizado y protegido contra la humedad, la luz y las temperaturas extremas.	SI	NO	
7.4 El establecimiento cuenta con plan de emergencias por escrito e implementado.	SI	NO	

8. EXIGENCIAS	SI	NO
8.1 Descripción de las exigencias:		

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica	4. No Observado

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 8.1 Descripción de las exigencias:

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 8.1 Descripción de las exigencias:

8.2 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.*

8.3 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_____. De acuerdo a la ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios, Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

8.4 Observaciones de quien atiende la visita:

8.5 Observaciones de quien realiza la visita:

9. 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 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