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. ACTIVIDAD DEL ESTABLECIMIENTO

Aspectos a verificar		
2.1 Distribuidor de dispositivos médicos de uso odontológico	SI	NO
2.2 Laboratorio dental	SI	NO
2.3 Otro: _____	SI	NO

N. A.: No aplica
*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. SERVICIOS OFRECIDOS			
Aspectos a verificar			
3.1 Ventas de insumos quirúrgicos	SI	NO	N. A.
3.2 Elementos para la administración de medicamentos	SI	NO	N. A.
3.3 Suturas y materiales de curación en general	SI	NO	N. A.
3.4 Prótesis e implantes	SI	NO	N. A.
3.5 Material ortopédico	SI	NO	N. A.
3.6 Venta de cosméticos	SI	NO	N. A.
3.7 Venta de suplementos dietarios	SI	NO	N. A.
3.8 Material odontológico.	SI	NO	N. A.
3.9 Otros:_____	SI	NO	N. A.

4. ASPECTOS LOCATIVOS		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
4.1 Los pisos son de material impermeable, resistente, con sistema de drenaje para su fácil limpieza y sanitización.	SI	NO
4.2 Las paredes son impermeables, sólidas, no porosas, de fácil limpieza y sanitización.	SI	NO
4.3 Los techos y cielo rasos son resistentes, uniformes y de fácil limpieza y sanitización.	SI	NO
4.4 La iluminación y ventilación artificial y/o natural permite la conservación adecuada de los dispositivos.	SI	NO
4.5 Las condiciones locativas se encuentran en orden y aseo.	SI	NO
4.6 Cuenta con suministro de energía eléctrica y agua potable.	SI	NO
4.7 Hay redes eléctricas en buen estado.	SI	NO
4.8 Si los dispositivos lo requieren, se registran las condiciones de temperatura y humedad relativa.	SI	NO
4.9 Cuenta con unidades sanitarias.	SI	NO
4.10 Cuenta con las condiciones locativas establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuo.	SI	NO

5. MATERIAL ODONTOLÓGICO		
Aspectos a verificar		
5.1 Asbestos en rollos.	SI	NO
5.2 Ceras para uso odontológico.	SI	NO
5.3 Revestimientos para laboratorio de prótesis dental.	SI	NO
5.4 Yeso dental tipo 1, 2, 3 y 4.	SI	NO
MATERIALES PARA IMPRESIÓN (DECRETO 4725/2005 MODIFICADO POR EL DECRETO 4562/2006)		
5.5 Cemento para uso odontológico.	SI	NO
5.6 Pasta a base de óxido de zinc, con o sin Eugenol.	SI	NO
5.7 Compuestos de modelar(Godiva) de alta, media y baja fusión.	SI	NO
5.8 Mercaptanos.	SI	NO
5.9 Siliconas.	SI	NO
5.10 Alginatos.	SI	NO
5.11 Hidrocoloides reversibles e irreversibles.	SI	NO
5.12 Materiales para restauración temporal y definitiva.	SI	NO
5.13 Materiales plásticos para obturación.	SI	NO
5.14 Aleaciones metálicas para obturación.	SI	NO
5.15 Aleaciones de metales preciosos y similares para colados dentales.	SI	NO
5.16 Mercurio tridestilado.	SI	NO
5.17 Materiales para obturaciones de conducto radiculares.	SI	NO
5.18 Gutaperchas para uso odontológico.	SI	NO
MATERIALES PARA DENTADURA		
5.19 Aleaciones a base de cromo - cobalto para colados de uso odontológico.	SI	NO
5.20 Polimeros para base de dentaduras:	SI	NO
5.21 Resinas de autocurados.	SI	NO

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS (Decreto 4562 de 2006 y normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)		
5.22 Cementos para uso odontológico.	SI	NO
5.23 Mercaptanos.	SI	NO
5.24 Siliconas.	SI	NO
5.25 Alginatos.	SI	NO
5.26 Hidrocoloides reversibles e irreversibles.	SI	NO
5.27 Materiales para restauración temporal y definitiva.	SI	NO
5.28 Materiales para obturación de conductos radiculares.	SI	NO
5.29 Tiras abrasivas de uso odontológico.	SI	NO
5.30 Cera para ortodoncia.	SI	NO
5.31 Tiras metálicas para pulir amalgamas.	SI	NO

6. EQUIPOS		
Aspecto a verificar		
6.1 Micromotor para pieza de mano de baja velocidad.	SI	NO
6.2 Cubeta para aplicación de fluor en odontología.	SI	NO
6.3 Cubeta de acetato para blanqueamiento dental.	SI	NO
6.4 Cuñas de madera.	SI	NO
6.5 Equipos amalgamadores.	SI	NO
6.6 Escupideras – desalivadores.	SI	NO
6.7 Separador de lengua.	SI	NO
6.8 Papel articular de odontología.	SI	NO
6.9 Pastillas para limpieza de prótesis.	SI	NO
6.10 Protector de jeringa triple desechable.	SI	NO
6.11 Tiras de Millar.	SI	NO
6.12 Unidades odontológicas (componentes mobiliarios: sillón, escupidera, butaco, lámpara de luz fría, compresor).	SI	NO
6.13 Sistema de matrices.	SI	NO
6.14 Accesorios para almacenaje, organización y medición de los instrumentos utilizados para endodoncia.	SI	NO
6.15 Accesorios para manipulación, archivo y lectura de radiografías.	SI	NO
6.16 Aplicador de adhesivo y desmineralizante (Microbrush).	SI	NO
6.17 Enhebradores para seda dental.	SI	NO
6.18 Equipos e insumos para laboratorio dental.	SI	NO
6.19 Yeso fraguable para laboratorio dental.	SI	NO
6.20 Tela de látex para endodoncia.	SI	NO

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES ACONDICIONAMIENTO SECUNDARIO		
Aspectos a verificar		
7.1 Codificado.	SI	NO
7.2 Termoencogido de productos.	SI	NO
7.3 Etiquetado y/o desetiquetado.	SI	NO
7.4 Estuchado y/o desestuchado.	SI	NO
7.5 Colocación de sticker, código de barras/censor.	SI	NO

DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS ODONTÓLOGICOS (Decreto 4725 de 2005, Decreto 4562 de 2006 y normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan)			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
7.6 Todos los dispositivos médicos y productos odontológico, que lo requieren, tienen en su etiquetado el registro sanitario.	SI	NO	N. A.
7.7 El empaque del dispositivo médico y producto odontológico, que lo requiere, mantiene la esterilidad del producto.	SI	NO	N. A.
7.8 El etiquetado del dispositivo médico y producto odontológico, que lo requiere, cuenta con fecha de vencimiento vigente.	SI	NO	N. A.
7.9 El etiquetado, del dispositivo médico y producto odontológico que lo requiere, indica si el dispositivo es de un único uso o si es reutilizable.	SI	NO	N. A.
7.10 El envase del dispositivo médico y producto odontológico cumple con la normatividad vigente. (Decreto 4725 de 2005 y demás normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan).	SI	NO	N. A.

N. A.: No aplica

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. DOCUMENTACIÓN Y PROCEDIMIENTOS		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
8.1 Cuenta con procedimiento de limpieza y desinfección.	SI	NO
8.2 Cuenta con procedimiento de control de plagas.	SI	NO
8.3 Cuenta con gestión integral de residuos.	SI	NO
8.4 Almacenamiento adecuado de dispositivos médicos y productos odontológicos.	SI	NO
8.5 Trazabilidad de dispositivos médicos, el cual contiene: nombre comercial del producto, modelo, serie y/o número de lote, fecha de adquisición, fecha de envío o suministro e identificación del primer cliente.	SI	NO
8.6 Cuenta con un procedimiento para reportar eventos e incidentes adversos asociados al uso de dispositivos médicos.	SI	NO
8.7 Existen recipientes suficientes, adecuados, bien ubicados e identificados para la recolección interna de desechos sólidos o basuras. Se encuentran con tapa.	SI	NO
8.8 Las basuras son retiradas con la frecuencia necesaria para evitar generación de olores, molestias sanitarias, contaminación del producto y/o superficies y proliferación de plagas.	SI	NO
8.9 Existe un área destinada exclusivamente para el depósito temporal de los residuos sólidos, adecuadamente ubicado, protegido y en perfecto estado de mantenimiento.	SI	NO

9. EXIGENCIAS		
Aspecto a verificar	SI	NO
9.1 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 9.1 Descripción de las exigencias:

9.2 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.*

9.3 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.

9.4 Observaciones de quien atiende la visita:

9.5 Observaciones de quien realiza la visita:

10. 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