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

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:			
4.3 Numero del distintivo de habilitación			

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		

5.5 ¿Tiene relación del personal del establecimiento con cargo y responsabilidades (hojas de vida y constancias de estudio?	SI	NO

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.

5.6 ¿Tiene inventario de aparatología del establecimiento?	SI	NO
5.7 ¿Disponen de un documento en donde se detallen los procesos y procedimientos de los servicios que se prestan?	SI	NO
5.8 Relacione aquellos que no lo estén.		

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 ¿Se controlan los factores de riesgo ocupacional?	1	2
6.17 ¿El establecimiento cuenta con unidades sanitarias completas, de acuerdo con los procedimientos estéticos ue 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 ¿Se implementa un programa de control de artrópodos y roedores?	1	2
6.24 ¿Los productos cosméticos que se utilizan en el establecimiento tienen Notificación Sanitaria Obligatoria?	1	2

DEPÓSITOS Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS		
6.25 ¿El área dispuesta para los desechos sólidos es independiente?	1	2
6.26 ¿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

LENCERÍA		
6.27 ¿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
6.28 Una vez usadas, ¿se depositan en recipientes dispuestos para tal fin?	1	2

PERSONAL		
6.29 ¿El personal cuenta con ropa y calzado de uso exclusivo para el área del desempeño de sus funciones? Nota: El personal no podrán durante la realización de los procedimientos, ingerir alimentos ni ninguna clase de bebidas.	1	2
6.30 ¿El personal conoce y cumple con el manual de bioseguridad, expedido por el Ministerio de la Protección Social?	1	2
6.31 ¿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
6.32 ¿El establecimiento o institución archiva las hojas de vida del personal que labora en el establecimiento con los debidos soportes en los cuales se acredite su desempeño laboral, de acuerdo con la normativa sanitaria vigente?	1	2
6.33 ¿Se informa previamente a los clientes, los cuidados, precauciones, riesgos y costos, relacionados con el servicio solicitado?	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

7. INSPECCIÓN DE LA APARATOLOGÍA DE USO COSMÉTICO

ITEM	NOMBRE DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	DISTRIBUIDOR /IMPORTADOR	FECHA DE ADQUISICION	No. REGISTRO SANITARIO /REGISTRO DE IMPORTACION	CLASIFICACIÓN POR RIESGO *	FUNCIONES DEL EQUIPO	* TIPO DE TECNOLOGIA	PAIS DE ORIGEN DEL EQUIPO

* A. Luz (Rayos) B. Presión C. Efectos Térmicos D. Corrientes (Microcorrientes) E. Ultrasonido F. Ondas Mecánicas G. Campos Magnéticos H. Irrigación de sustancias
*clasificacion De Riesgo Del Equipo De Acuerdo Al Decreto 4725 De 2005

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. INSPECCIÓN DE LA APARATOLOGÍA DE USO COSMÉTICO

ITEM	¿Cuenta con manuales de operación y de mantenimin-to?		¿La ubicación del equipo es adecuada de acuerdo al manual de operación?		¿Los acceso-rios del equipo se encuentra en buen estado?		¿Cuenta con protocolo de limpieza y desinfección para el equipo?		¿Cuenta con hoja de vida?		¿Se encuentra incluido en el plan de mante-nimiento?		¿El operador del equipo es una persona idónea de acuerdo con la ley 711 de 2001?		¿Fecha del ultimo Manteni-mieno?	¿El equipo requiere calibración de acuerdo al manual del fabricante?		Si la pregunta anterior es Si, indique la fecha de la calibración	¿Cuenta con capacitación para el uso de la tecnología. ?		Observaciones
#	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	DIA/MES/AÑO	Si	No	DIA/MES/AÑO	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

9. REPORTE FINAL
9.1 Relacione los items de los equipos invasivos identificados.

10. PRODUCTOS UTILIZADOS.		
	Informativo	
10.1. Medicamentos alopáticos.	SI	NO
10.2. Productos fitoterapéuticos.	SI	NO
10.3. Suplementos dietarios.	SI	NO
10.4. Medicamentos homeopáticos	SI	NO
10.5. Productos Cosméticos	SI	NO
10.6. Otros productos.	SI	NO
Cuáles:		

11. REVISION DE PRODUCTOS.		
	Cumple	
11.1. ¿Se garantiza el cumplimiento de las condiciones de temperatura y humedad dadas por el fabricante, para el adecuado almacenamiento de los productos?	SI	NO
11.2. ¿Se garantiza el cumplimiento de las condiciones y advertencias establecidas por el fabricante en el empaque y etiqueta de los productos?	SI	NO
11.3. ¿Se cumple con las Buenas Practicas de Abastecimiento, para el manejo de los productos que requieren cumplir con esta condición?	SI	NO
11.4. ¿El establecimiento está libre de productos fraudulentos? (sin Registro Sanitario o Notificación Sanitaria Obligatoria, presentaciones no autorizadas, rotulado no autorizado, etc)	SI	NO
11.5. ¿El establecimiento está libre de productos alterados? (con fecha de vencimiento expirada, inadecuado almacenamiento, deteriorado fisicoquímicamente)	SI	NO
11.6. ¿El establecimiento está libre de productos no permitidos para el tipo de establecimiento? (venta con formula medica)	SI	NO
11.7. ¿El establecimiento está libre de empaques o envases vacíos, etiquetas y elementos destinados a la elaboración de productos?	SI	NO
11.8. ¿El establecimiento está libre de productos reportados en las alertas sanitarias y en oficios de delegación del INVIMA?	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

12 EXIGENCIAS	SI	NO
12.1 Descripción de las exigencias:		

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

CONTINUACÍON EXIGENCIAS	SI	NO
Continuación Descripción de las exigencias:		

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

13.2 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.*

13.3 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_____.

13.4 Observaciones de quien atiende la visita:

13.5 Observaciones de quien realiza la visita

14. 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