|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MUNICIPIO: | DÍA: | MES: | AÑO: | **Evento CEO** |
| VISITA No:**1 2 3** | DURACIÓN DE LA VISITA: | ÁREA (M2): | ADHESIVO No |
| **I N F O R M A C I Ó N D E L E S T A B L E C I M I E N T O** |
| TIPO DE SUJETO: | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | NIT O SIMILARES: |
| DIRECCIÓN: | BARRIO, VEREDA O CORREGIMIENTO: | ZONA: |
| TELÉFONO Y/O CELULAR: | FAX: | E-MAIL: |
| REPRESENTANTE LEGAL: | CÉDULA: |
| PROPIETARIO: | CÉDULA: |
| ADMINISTRADOR: | CÉDULA: |
| TOTAL EMPLEADOS: |  | PROFESIONALES: |  | OPERARIOS: |  | ADMINISTRATIVOS: |  |
| FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA: | CONCEPTO EMITIDO: | EVENTO Nº: | FUNCIONARIO: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEMS A EVALUAR** | **CALIFICACIÓN** | **OBSERVACIONES** |
| **1. C O N D I C I O N E S G E N E R A L E S** |
| **1.1** | El establecimiento cuenta con sala de espera. |  |  |
| **1.2** | El área del establecimiento está totalmente separada de cualquiertipo de vivienda, existe separación clara y adecuada entre las diferentes áreas y el acceso es independiente. |  |  |
| **1.3** | El establecimiento está diseñado para un proceso secuencial y facilitala movilidad del personal. |  |  |
| **1.4** | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y la ruta deevacuación. |  |  |
| **1.5** | Los mobiliarios (sillas, mesas, vitrinas y similares) son de materialsanitario y se encuentran en buen estado. |  |  |
| **1.6** | Las paredes y techos son lisos, en material sanitario, se encuentran enbuen estado y son de tonos claros. |  |  |
| **1.7** | Los pisos se encuentran limpios, en buen estado, en materialsanitario. |  |  |
| **1.8** | Las escaleras poseen pasamanos y se encuentran limpias y en buenestado. |  |  |
| **1.9** | Las instalaciones cuentan con buena iluminación y ventilación |  |  |
| **1.10** | Los servicios sanitarios están dotados con jabón líquido, toallas desechables o secador eléctrico, papel higiénico, papelera con bolsa y tapa, se encuentran limpios, en perfecto estado y en funcionamiento, en cantidad suficiente y en ningún caso se utiliza como sitio dealmacenamiento. |  |  |
| **1.11** | Cuenta con suministro permanente de agua potable, servicio dealcantarillado y energía eléctrica |  |  |
| **1.12** | Cada puesto de trabajo cuenta con un punto eléctrico independiente, |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | para evitar sobrecargas del sistema, se encuentra protegido y en buenestado |  |  |
| **1.13** | El establecimiento cuenta con un área específica para el lavado de implementos de aseo, con suministro de agua, conexión alalcantarillado y en material sanitario |  |  |
| **1.14** | Se realiza control integral de plagas |  |  |
| **1.15** | Existen en el establecimiento en lugar visible al público, avisos adecuados que contengan mensajes alusivos a los ambientes libres de humo y se tienen medidas que permitan disuadir al fumador para queno lo haga en el establecimiento. |  |  |
| **2. P E R S O N A L Y S A L U D O O C U P A C I O N A L** |
| **2.1** | Los trabajadores que desempeñan labores de estética ornamental, acreditan su idoneidad con certificado otorgado por instituciones deeducación para el trabajo y el desarrollo humano |  |  |
| **2.2** | Todos los empleados que hacen labores de cosmetología ornamentalutilizan ropa y calzado exclusivo |  |  |
| **2.3** | El personal usa guantes que sean desechables y de látex. |  |  |
| **2.4** | Los empleados que están en contacto con las personas no presentanafecciones en la piel |  |  |
| **2.5** | El personal que prepara mezclas y aplica productos químicos utilizamascaras con filtro de carbón activado |  |  |
| **2.6** | Los empleados no comen ni fuman en las áreas de trabajo y nopermiten el ingreso de mascotas |  |  |
| **2.7** | Cuenta con un botiquín de primeros auxilios y extintor de fácil acceso. |  |  |
| **3. B I O S E G U R I D A D** |
| **3.1** | Cuentan con un área para el lavado, desinfección y esterilización deutensilios y equipos ( áreas de desinfección) |  |  |
| **3.2** | Son apropiados los letreros alusivos al uso de implementos, su desinfección, esterilización y uso de material corto-punzante ydesechable por cliente |  |  |
| **3.3** | Existen procedimientos específicos escritos de limpieza y desafección, esterilización (manual de bioseguridad) para las superficies e implementos utilizados(cepillos, peines, kit manicure y pedicure, etc.)y se aplica en la práctica. |  |  |
| **3.4** | Se tiene claramente definidos los productos, concentraciones, modode preparación, rotación de los productos utilizados para desinfectar y esterilizar superficies y utensilios |  |  |
| **3.5** | Existe registros que indican que se realiza limpieza y desinfección y esterilización en las diferentes áreas, equipos, implementos (cepillos,peines, kit de manicure y pedicure etc.) |  |  |
| **3.6** | Las toallas y demás elementos de lencería que se utilizan en el establecimiento, se mantienen y se almacenan en condiciones higiénicas y son renovadas por cada cliente, las usadas se depositanen un recipiente exclusivo. |  |  |
| **4. M A N E J O D E R E S I D U O S** |
| **4.1** | Se realiza una adecuada separación en la fuente de residuos sólidos(ordinarios, infecciosos, químicos, corto-punzantes y reciclables). |  |  |
| **4.2** | Existen recientes dotados con bolsa y tapa, del color correspondiente |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 | 1.8 | 1.9 | 1.10 | 1.11 | 1.12 | 1.13 |
| 1.14 | 1.15 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 |
| 3.5 | 3.6 | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 5.1 | 5.2 | 6.1 | 6.2 | 6.3 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | con la clase de residuo, adecuados, en cantidad suficiente, bienubicados e identificados para la recolección |  |  |
| **4.3** | Existen en el establecimiento recipientes de seguridad (guardianes), debidamente ubicados, se tiene contrato con ruta hospitalaria ycertifica la última recolección |  |  |
| **4.4** | Después de desocupados los recipientes se lavan y desinfectan antesde ser colocados en el sitio respectivo |  |  |
| **5. O T R O S A S P E C T O S** |
| **5.1** | Todos los productos cuentan con registro sanitario o NSC cumplen conlos requisitos de etiquetado |  |  |
| **5.2** | Existen registros de mantenimiento preventivo y correctivo deequipos. |  |  |
| **6. S A L U D O C U P A C I O N A L** |
| **6.1** | Existen implementos y equipos de seguridad en funcionamiento y bienubicados (extintores, extractores de aire, barandas, escalerillas, etc.). |  |  |
| **6.2** | Cuentan con botiquín dotado de los elementos mínimos requeridos. |  |  |
| **6.3** | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas de seguridad, circulación de personas, rutas de evacuación y salidas deemergencia. |  |  |
| **CALIFICACIÓN (C):** Cumple: 2; Cumple parcialmente: 1; No cumple: 0; No Aplica: NA; No Observado: NO |

|  |
| --- |
| **9. OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VISITA:** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **10. Para ajustar el establecimiento a la normativa vigente debe darse cumplimiento a las siguientes exigencias (citar numerales):** |
|  |

|  |
| --- |
| **13. CONCEPTO DE LA VISITA:** |
| FAVORABLE |  | Cumple las condiciones sanitarias establecidas en la normativa. |
| CONDICIONADO: |  | Al cumplimiento de las exigencias dejadas en el numeral XX |
| DESFAVORABLE: |  | No admite EXIGENCIAS. Se procede a aplicar medida sanitaria de seguridad. |
| De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente la ley 09 de 1979 y la resolución 2117 de 2010, parael cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un plazo de (máximo 30 días calendario). |

|  |
| --- |
| **11. MEDIDAS SANITARIAS APLICADAS:** |
| DECOMISO: | SI | NO | CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL O TOTAL: | SI | NO |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONGELACIÓN: | SI | NO | SUSPENSIÓN DE ACTIVIDAD O SERVICIOS: | SI | NO |
| CAUSA: |
|  |
| NORMA INCUMPLIDA: |

|  |
| --- |
| **12. OBSERVACIONES O MANIFESTACIONES POR PARTE DEL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO:** |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **17. DE ACUERDO A LO EVALUADO EN TODAS LAS CONDICIONES DE CUMPLIMIENTO DEL****ESTABLECIMIENTO, REQUIERE PRESENTAR PLAN DE MEJORAMIENTO:** | SI | NO |
| **EL PLAN DE MEJORA DEBE CONTENER LOS SIGUIENTES ITEMS:** | * **REQUERIMIENTO INCUMPLIDO**
* **ACCIÓN DE MEJORA**
* **RESPONSABLE DE LA MEJORA**
* **FECHAS DE CUMPLIMIENTO**
 |

|  |
| --- |
| **PARA CONSTANCIA; PREVIA LECTURA Y RATIFICACIÓN DEL CONTENIDO DE LA PRESENTE ACTA, FIRMAN LOS FUNCIONARIOS QUE INTERVINIERON EN LA VISITA Y****PERSONAL QUE LA ATIENDE POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO. DE LA PRESENTE ACTA SE DEJA COPIA EN PODER DE LA(S) PERSONA(S) QUE ATIENDE(N) LA VISITA.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVIDORES DE SALUD:** | FIRMA: |
| FIRMA: |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| CÉDULA: | CÉDULA: |
| CARGO: | CARGO: |
| **QUIEN ATIENDE LA VISITA:** | FIRMA: |
| FIRMA: |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| CÉDULA: | CÉDULA: |
| CARGO: | CARGO: |