



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**

**RESOLUCION NUMERO 3924 DE 2005**

**(Noviembre 10)**

Por la cual se adopta la Guía de Inspección para la Apertura y Funcionamiento de los Centros de Estética y Similares y se dictan otras disposiciones.

**MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas en los artículo 429 y 564 de la Ley 9ª de 1979 y el artículo 2º del Decreto 205 de 2003, y

**CONSIDERANDO**

Que en el marco de lo dispuesto en el artículo 429 de la Ley 9ª de 1979 “ El Ministerio de Salud reglamentará las normas sobre drogas, medicamentos, **cosméticos** y similares;

Que el artículo 564 de la citada ley, señala que “...corresponde al Estado como regulador de la vida económica y como orientador de las condiciones de salud, dictar las disposiciones necesarias para asegurar una adecuada situación de higiene y seguridad en todas las actividades, así como vigilar su cumplimiento a través de las autoridades de salud”;

Que mediante Resolución 2263 de 2004 se establecieron los requisitos para la apertura y funcionamiento de los centros de estética y similares;

Que en desarrollo de las disposiciones citadas y, teniendo en cuenta, el riesgo sanitario que pueden generar dichos establecimientos, se hace necesario adoptar la “Guía de Inspección para la Apertura y Funcionamiento de los Centros de Estética y Similares” como instrumento de verificación de cumplimiento de los requisitos señalados en la Resolución 2263 de 2004;

Que la guía de inspección que se adopta con la presente resolución, contempla en el Apéndice número 1, un inventario de equipos del centro de estética y similares; en el Apéndice número 2, un listado de tecnologías de uso cosmético que permiten evaluar el riesgo en la salud que puede generar la aparatología utilizada en los centros de estética y similares; lo cual hace innecesaria la emisión del concepto técnico favorable por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de que trata el literal t) del numeral 1 del artículo 5º de la Resolución 2263 de 2004;

Que en mérito de lo expuesto, este Despacho,

**RESUELVE:**

Artículo 1º. Adóptase, con carácter obligatorio, la “Guía de Inspección para la Apertura y Funcionamiento de los Centros de Estética y Similares” la cual se encuentra contenida en el anexo técnico que forma parte integral de la presente resolución.

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social actualizará la "Guía de Inspección para la Apertura y Funcionamiento de los Centros de Estética y Similares", de conformidad con el desarrollo de la tecnología para uso en estética y para tal efecto, publicará un instructivo para los funcionarios encargados de la inspección, vigilancia y control.

Artículo 2º. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el literal t) del numeral 1 del artículo 5º de la Resolución 2263 de 2004.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 10 de noviembre de 2005.

(Original firmado por)  
El Ministro de la Protección Social,  
**Diego Palacio Betancourt.**

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

**ANEXO TÉCNICO**

**GUIA DE INSPECCION PARA LA APERTURA Y FUNCIONAMIENTO  
DE LOS CENTROS DE ESTETICA Y SIMILARES  
DE GUIA DE INSPECCION**

MODULO 1.

**INFORMACION GENERAL DE LA INSPECCION**

I. Información general sobre la inspección

|                          |   |  |  |   |
|--------------------------|---|--|--|---|
| <b>FECHA</b>             | <b>DD / MM / AAAA</b>                     |  |  |   |
| <b>I. TIPO DE VISITA</b> | <b>OFICIO</b><br><input type="checkbox"/> | <b>CONTROL</b><br><input type="checkbox"/> | <b>SOLICITUD</b><br><input type="checkbox"/> | <b>QUEJAS</b><br><input type="checkbox"/> |

II. Información Funcionario(s).

|  |                            |  |
|--|----------------------------|--|
| <b>2. FUNCIONARIO</b>                            | <b>Apellidos:</b>          |  |
|  | <b>Nombre:</b>             |  |
|  | <b>Institución:</b>        |  |
|  | <b>Cargos:</b>             |  |
|  | <b>Ciudad:</b>             |  |
|  | <b>Dirección:</b>          |  |
|  | <b>Teléfono:</b>           |  |
|  | <b>Correo electrónico:</b> |  |
| <b>3. ENCARGADO(S) DEL CENTRO A INSPECCIONAR</b> | <b>Apellidos:</b>          |  |
|  | <b>Nombre:</b>             |  |
|  | <b>Cargos:</b>             |  |
|  | <b>Teléfono:</b>           |  |
|  | <b>Correo electrónico:</b> |  |
|  | <b>Apellidos:</b>          |  |
|  | <b>Nombre:</b>             |  |
|  | <b>Cargos:</b>             |  |
|  | <b>Teléfono:</b>           |  |
|  | <b>Correo electrónico:</b> |  |

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Funcionario: \_\_\_\_\_

III. Información General del establecimiento

A. Información general

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
**"Epígrafe Documento"**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>4. RAZON SOCIAL</b>         |  |
| <b>5. NIT</b>                  |  |
| <b>6. DIRECCION</b>            |  |
| <b>7. CIUDAD</b>               |  |
| <b>8. DEPARTAMENTO</b>         |  |
| <b>9. TELÉFONO</b>             |  |
| <b>10. FAX</b>                 |  |
| <b>11. Representante Legal</b> |  |
| <b>11. CORREO ELECTRONICO</b>  |  |
| <b>12. PAGINA WEB</b>          |  |

|   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| <b>13. TIPO DE ESTABLECIMIENTO (No habilitados)</b> | Centro de estética y cosmetología                | <input type="checkbox"/> |
|   | Instituto de belleza                             | <input type="checkbox"/> |
|   | Gimnasio   | <input type="checkbox"/> |
|   | SPA  | <input type="checkbox"/> |
|   | Centro de formación en estética y/o cosmetología | <input type="checkbox"/> |

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| <b>14. Prestador de servicios de salud (Habilitados)</b> | Centro de bronceado                          | <input type="checkbox"/> |
|  | Consultorio médico con servicios de estética | <input type="checkbox"/> |

|  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>14.1 Cuenta con la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14.2 Cuenta con certificación de condiciones del Sistema Único de Habilitación</b>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 21. El establecimiento posee un manual o documento en donde se determinen las técnicas de limpieza, que garanticen el control de los factores de riesgo físico, químicos y biológicos.  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 22. ¿Son independientes las áreas destinadas a la prestación de los servicios cosméticos y estéticos del centro, de otras áreas no compatibles con estos procedimientos? (ejemplo, áreas de vivienda)   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 23. ¿Los servicios de duchas, lavamanos y unidad sanitaria del personal son independientes a los que utilizan los usuarios del centro?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 24. ¿Se cuenta con un lavamanos en las zonas comunes o en las cabinas individuales?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 25. ¿Se dispone de áreas independientes que permitan el desarrollo cada una de las actividades?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 26. ¿Cada área del área de trabajo permite el libre movimiento del personal?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 27. ¿Las divisiones son hidró-repelenes, antiadherentes y permiten o garantizan la circulación de aire limpio de un lado a otro?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 28. Cuenta con sala de espera   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 29. ¿Se garantiza la privacidad de las áreas o cabinas para aquellas actividades que así lo requieren?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 30. ¿Las paredes, pisos y techos son en material no poroso, no absorbente, de fácil limpieza y desinfección?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 31. ¿Los mobiliarios (sillas, mesas, cumilinas, etc.), son en material lavable?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 32. ¿Se dispone de protectores o demás elementos cuando se realizan técnicas que requieren contacto directo del cuerpo con el mobiliario?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 33. ¿Las instalaciones cuentan con buena iluminación y ventilación ya sea natural o artificial?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 34. ¿Se dispone de un botiquín dotado, de fácil acceso, con los implementos necesarios para primeros auxilios?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 35. ¿Se controlan los factores de riesgo ocupacional  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 36. ¿El centro cuenta con unidades sanitarias completas, de acuerdo con los procedimientos estéticos que allí se realizan, limpias, con toallas, jabón líquido y demás elementos de uso necesarios?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 37. Cuando el usuario requiera del cambio de ropa para desarrollar las actividades correspondientes al establecimiento, ¿se dispone de un vestier? En el caso de que dispongan de cabinas de uso individual, estas pueden ser usadas para tal fin.        | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 38. ¿El establecimiento o la institución está localizado en lugares que presentan riesgo inminente de desastres naturales, cerca de áreas con riesgos de salubridad grave o incorregible que impiden mantener las condiciones internas de la institución? | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 39. ¿Se cuenta con suministro permanente de agua potable, servicio de alcantarillado, y energía eléctrica y se mantiene en estado de conservación y limpieza?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 40. ¿Se cuenta con un área específica y separada físicamente para el lavado de utensilios con una piqueta con suministro de agua y red hidráulica para agua potable y aguas negras?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 41. ¿Se implementa un programa de control de artrópodos y roedores?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 42. ¿Los productos cosméticos que se utilizan en el establecimiento tienen registro sanitario o notificación sanitaria obligatoria?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| <b>Depositos y eliminación de residuos</b>   |                             |                             |
| 43. ¿El área dispuesta para los desechos sólidos es independiente?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 44. Se efectúa una adecuada gestión de los residuos sólidos y líquidos que se generan, de acuerdo con lo contemplado en el Decreto 2676 de 2009 y la Resolución 1164 de 2002, ¿o la normalidad sanitaria vigente en el tema?     | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| <b>Lencería</b>  |                             |                             |
| 45. ¿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?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 46. Una vez usadas, ¿se depositan en recipientes dispuestos para tal fin?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| <b>Personal</b>  |                             |                             |
| 47. ¿El personal cuenta con ropa y calzado de uso exclusivo para el área del desempeño de sus funciones? Nota: El personal no podrá durante la realización de los procedimientos, ingerir alimentos ni ninguna clase de bebidas. | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 48. ¿El personal conoce y cumple con el manual de bioseguridad, expedido por el Ministerio de la Protección Social?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 49. ¿El personal conoce y aplica la norma en cuanto a no realizar procedimientos cosméticos cuando padezcan heridas y/o lesiones cutáneas en las manos?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 50. ¿El centro 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 Ley 711 de 2001?                 | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |
| 51. ¿Se informa previamente a los clientes, los cuidados, precauciones, riesgos y costos, relacionados con el servicio por él solicitado?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |

**OBSERVACIONES Y/O ANOTACIONES:**

---



---



---



---



---



---

|                                 |                                 |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>CONCEPTO TÉCNICO</b>         |                                 |                                    |
| FAVORABLE <input type="radio"/> | PENDIENTE <input type="radio"/> | DESFAVORABLE <input type="radio"/> |

Firma del Funcionario: \_\_\_\_\_

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

**REQUERIMIENTOS**

---

---

---

---

---

---

---

---

**MEDIDAS SANITARIAS**

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Funcionario: \_\_\_\_\_

**MODULO 2**

**INSPECCION DE LA APARATOLOGIA DE USO COSMETICO**

Nota: Este módulo debe ser diligenciado para cada uno de los equipos inspeccionados.

**I. Información general de la aparatología de uso cosmético**

1. Nombre comercial del equipo: \_\_\_\_\_

2. Modelo (Año y mes de fabricación) y serie: \_\_\_\_\_

3. Fabricante: \_\_\_\_\_

4. Distribuidor: \_\_\_\_\_

5. Fecha de adquisición: \_\_\_\_\_

6. Finalidad del equipo: Médico  Terapéutico  Cosmético /estético

7. Clase de equipo: Nuevo  Usado

8. Si es importado, tiene registro de importación:  SI  NO

9. Origen del equipo: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene un manual de operación y mantenimiento? SI  NO

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

II. inspección del estado del equipo ( instalación, utilización, mantenimiento )

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

| INSTALACION  |                             |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 12. ¿La ubicación del equipo es adecuada de acuerdo al manual de operación?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 13. ¿Si el equipo dispone de cables, al realizar una inspección visual, el recubrimiento de los mismos es el adecuado y en buen estado?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 14. ¿Si el recubrimiento no está intacto, y los cables tienen añadiduras, son estas adecuadas y no presentan signos de deterioro y posible exposición del alambrado interno del cable?                 | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> | NA                          |
| 15. ¿Las terminales de los cables (conectores) están en condiciones aceptables y no presentan signos de deterioro o añadiduras?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 16. ¿El equipo tiene todas las partes que están relacionadas en el manual del operador?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| UTILIZACION  |                             |                             |                             |
| 17. ¿Las accesorios con que cuenta el equipo son los adecuados según el fabricante?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> | NA<br><input type="radio"/> |
| 18. ¿El acople entre los accesorios y los equipos están en condiciones propias según el manual del operador?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> | NA<br><input type="radio"/> |
| 19. ¿Si el dispositivo tiene perillas, botones o interruptores, se encuentran estos en buen estado?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 20. ¿Si el dispositivo tiene pantallas digitales en donde se presenta información al operador, se puede leer toda la información en la pantalla?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> | NA<br><input type="radio"/> |
| 21. ¿Si el dispositivo tiene elementos análogos (tableros) para presentación de valores de los parámetros del equipo, la aguja viaja en todo su rango cuando el parámetro varía?                       | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> | NA<br><input type="radio"/> |
| 22. ¿Las indicaciones escritas sobre el equipo, como letreros, números, y demás etiquetas son legibles?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 23. ¿Las condiciones de higiene del equipo y sus accesorios son aceptables?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 24. ¿Si el equipo tiene sistemas de ventilación, estos compartimentos están libres de obstrucciones?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> | NA<br><input type="radio"/> |
| 25. ¿Después de una inspección visual, la carcasa del equipo presenta averías significativas que puedan exponer las estructuras internas a deterioro y por tanto afectar el funcionamiento del equipo? | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |
| 26. ¿Si el equipo tiene varias tecnologías, todas funcionan?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> | NA<br><input type="radio"/> |
| 27. El operador del equipo es una persona idónea de acuerdo con la Ley 711 de 2001?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| MANTENIMIENTO  |                             |                             |                             |
| 28. ¿El equipo tiene una hoja de vida o historia?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 29. ¿El equipo tiene un manual de operación en castellano?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 30. ¿El equipo tiene un manual de mantenimiento en castellano?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 31. ¿El equipo tiene un plan de mantenimiento?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 32. ¿El equipo ha tenido mantenimiento?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 33. ¿Según el manual del operador, el equipo ya debió haber pasado por una revisión técnica?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 34. Si la respuesta a la pregunta 33 es "SI", ¿el equipo ya tuvo dicha revisión técnica?   | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 35. Según el manual del operador, ¿el equipo ya debió haber pasado por una calibración?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |
| 36. Si la respuesta a la pregunta 35 es "SI", ¿el equipo ya tuvo dicha calibración?  | SI<br><input type="radio"/> | NO<br><input type="radio"/> |                             |

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

OBSERVACIONES Y/O ANOTACIONES SOBRE EL EQUIPO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CONCEPTO TECNICO DEL EQUIPO

|                                    |                                    |                                       |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| CONCEPTO TÉCNICO                   |                                    |                                       |
| FAVORABLE <input type="checkbox"/> | PENDIENTE <input type="checkbox"/> | DESFAVORABLE <input type="checkbox"/> |

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

RECOMENDACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

MEDIDAS SANITARIAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Funcionario: \_\_\_\_\_

**MODULO 3**

REPORTE FINAL Y OBSERVACIONES

I. Reporte consolidado final

1. ¿El establecimiento cumple con todos los requisitos de funcionamiento establecidos por las normas vigentes? SI NO

2. Relacione los equipos invasivos identificados

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

---

---

---

---

---

---

---

3. Relacione los procedimientos invasivos identificados

---

---

---

---

---

---

---

4. Relacione los equipos de clases IIb y III identificados

---

---

---

---

---

---

---

5. Relacione los equipos de tecnología de adquisición o importación, comercialización controlada encontrados.

---

---

---

---

---

---

---

6. ¿Todos los procedimientos están debidamente registrados por escrito? Relacione aquellos que no lo estén. SI NO

7. Relacione los equipos que no tienen registro de importación.

---

---

---

---

---

---

---

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

8. ¿Todo el personal que utiliza la aparatología, tiene la capacitación mínima requerida por la ley? Relacione aquellas personas que no cumplan con dicha reglamentación.

---

---

---

---

---

---

---

9. ¿Todos los productos que utilizan tiene registro sanitario como cosméticos?

SI  NO

10. Relacione a continuación todas aquellas recomendaciones sobre las condiciones generales del establecimiento que deben ser mejoradas.

---

---

---

---

---

---

---

11. Relacione a continuación, en forma de listado, nombrando cada uno de los dispositivos, las deficiencias en cuanto al estado general del equipo según esta guía de inspección.

---

---

---

---

---

---

---





"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

III. Identificación de la aparatología de uso cosmético:

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

| TECNOLOGIA   | CONTROLADO | COMPETENCIA |
|--|------------|-------------|
| 1.1 Lámparas LED (luz visible no coherente)                    | NO         | SI          |
| 1.2 Tecnología AFT   | NO         | SI          |
| 1.3 Tecnología IPL (Intense pulsed light/ Luz pulsada intensa) | NO         | NO          |
| 1.4 Rayos ultravioleta (UVA-UVB-UVC)                           | SI         | NO          |
| 1.5 Tecnología Láser   | SI         | NO          |
| 1.6 Rayos infrarrojos  | NO         | SI          |
| 2.1 Presión positiva (presoterapia)                            | NO         | SI          |
| 2.2 Presión negativa- succión (vacumterapia/ endermología)     | NO         | NO          |
| 2.3 Cámaras hiperbáricas                                       | SI         | NO          |
| 3.1 Diatermia por microondas                                   | NO         | SI          |
| 3.2 Diatermia por alta frecuencia (onda corta)                 | NO         | SI          |
| 4.1 Electroporación / electroporosis                           | NO         | SI          |
| 4.2 Termólisis   | NO         | SI          |
| 4.3 Electrolisis   | NO         | SI          |
| 4.4 Lontoforésis   | NO         | SI          |
| 4.5 Electroforesis   | NO         | SI          |
| 4.6 Estimulador muscular                                       | NO         | SI          |
| 4.7 Electro acupuntura   | NO         | NO          |
| 4.8 Electrolipólisis   | NO         | NO          |
| 4.9 Celulipólisis  | NO         | NO          |
| 4.10 Electroridólisis  | NO         | NO          |
| 4.11 Otros   |            |             |
| 5.1 Ultrasonido de 1Mhz  | NO         | SI          |
| 5.2 Ultrasonido de 3Mhz  | NO         | SI          |
| 6.1 Masajeador mecánico  | NO         | SI          |
| 7.1 Generador de campos magnéticos                             | NO         | SI          |
| 8.1 Irrigación con ozono (ozonoterapia)                        | NO         | SI          |
| 8.2 Irrigación con Oxígeno (oxigenoterapia)                    | NO         | SI          |
| 8.3 Irrigación con gases fríos (crioterapia)                   | NO         | SI          |
| 8.4 Dióxido de Carbono (carboxiterapia-subdérmica)             | NO         | NO          |
| 8.5 Irrigación con vapor                                       | NO         | SI          |
| 8.6 Inmersión en agua  | NO         | SI          |
| 8.7 Irrigación con sustancias cosméticas                       | NO         | SI          |
| 8.8 Pistolas de mesoterapia                                    | NO         | NO          |
| 9.1 Microdermabrasión  | NO         | NO          |
| 9.2 Dermabrasión   | NO         | NO          |
| 9.3 Brossage   | NO         | SI          |