

 REPÚBLICA DEL ECUADOR		FORMULARIO DE INSPECCIÓN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD II NIVEL DE ATENCIÓN - AMBULATORIO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS															Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS																	
ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:			PÚBLICO						PRIVADO												VERSIÓN 8.0													
RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:															UNICÓDIGO:																			
NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:															NÚMERO DE RUC: (Solicitar la copia del RUC)																			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:															NRO. ESTABLECIMIENTO:																			
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:															TELÉFONO:																			
ACTIVIDAD/ES CORRESPONDEN A LA TIPOLOGÍA Y RUC:									SI						NO																			
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD / CALLES (PRINCIPAL Y SECUNDARIA) y N°:															REFERENCIA:																			
ZONA:		PROVINCIA:						CANTÓN:						PARROQUIA:					DISTRITO:															
PERMISO DE FUNCIONAMIENTO																																		
Primera vez:		No. ORDEN DE INSPECCIÓN					FECHA DE INSPECCIÓN					NO. ORDEN DE REINSPECCIÓN					FECHA DE REINSPECCIÓN																	
Renovación:		No. ORDEN DE INSPECCIÓN					FECHA DE INSPECCIÓN					NO. ORDEN DE REINSPECCIÓN					FECHA DE REINSPECCIÓN																	
SOLICITUD DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO																																		
NÚMERO DE SOLICITUD:												FECHA DE INGRESO DE SOLICITUD ACTUAL:																						
FECHA DE VIGENCIA DEL ÚLTIMO PERMISO DE FUNCIONAMIENTO:																																		
CONTROL SANITARIO																																		
DE OFICIO:					DENUNCIA/ REQUERIMIENTO:						FECHA DE CONTROL SANITARIO:																							
CARTERA DE SERVICIOS																																		
INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE															SI				NO				OBSERVACIONES (Adjuntar la cartera de servicios al formulario de inspección)						REINSPECCIÓN				CONTROL	
															C		NC		C		NC													
																														¿Se dispone?		EQUIPAMIENTO		
Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcohólica al 70°). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)																				
Administrativo		Admisión /Información/Estadística (requerido)		Área de Admisión /Información/Estadística (requerido)							N/A		N/A										N/A		N/A									

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE				¿Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL	
						Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcoholica al 70°). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)							
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO						
Administrativo	Admisión /Información/Estadística (requerido)	▲ Proveer servicios de atención al usuario para facilitar la accesibilidad al establecimiento de salud (requerido)	(*) Validación de agendamiento de citas médicas (requerido)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
			(*) Apertura de Historias Clínicas (físico y/o digital)/ actualización de datos de filiación en pacientes nuevo/ subsecuente respectivamente (requerido)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
			(*) Gestión de documentación clínica (organización de los archivos y formularios de la historia clínica única) (requerido)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
	Administración Técnica (requerido)	Administración Técnica (requerido)				N/A		N/A								N/A		N/A									
▲ Coordinar, supervisar y gestionar los procesos servicios de atención al usuario definidos por el Establecimiento (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
Consulta Externa (requerido) (2)	Sala de espera general (requerido)	Sala de espera general (requerido)				N/A		N/A								N/A		N/A									
		Zona para silla de ruedas (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
	Baños/Baterías sanitarias (inodoro, papel higiénico, dispensador de papel higiénico, recipiente de desechos y lavamanos) (requerido), (debe contar con características de accesibilidad universal para personas con discapacidad o movilidad reducida según norma INEN 2293, de no contar con el mismo, se solicitará uno que garantice el acceso de acuerdo a la normativa). Nota: establecimientos de salud tendrán un año calendario a partir de la fecha de oficialización del formulario de inspección correspondiente para la implementación.					N/A		N/A								N/A		N/A									
	Consulta de Cardiología (condición) (18)	Consultorio de Cardiología con lavamanos (condición) (¥)																									
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3), si el procedimiento requiere dispensación y administración de medicamento(s) considerar las especificaciones del servicio de farmacia)	Gabinete de Cardiología (condición)																								
			(*) Electrocardiograma (condición)				N/A		N/A		N/A		N/A			N/A		N/A									
			(*) Prueba de esfuerzo (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A			N/A		N/A		N/A								
			(*) Holter (condición)				N/A		N/A		N/A		N/A			N/A		N/A									
			(*) MAPA (condición)				N/A		N/A		N/A		N/A			N/A		N/A									
			(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																								
	Consulta de Cirugía General (condición) (18)	Consultorio de Cirugía General con lavamanos (condición) (¥)																									
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Cirugía General (condición)																								
			(*) Excéresis de lesiones / toma de biopsias (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
			(*) Curaciones (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A									
			(*) Suturas (requerido)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
			(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																								

Pág 2

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿Se dispone?	EQUIPAMIENTO								CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES	CONTROL			
				Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcohólica al 70°). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)										
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	C	NC				C	NC		
Consulta Externa (requerido) (2)	Consulta de Dermatología (condición) (18)	Consultorio de Dermatología con lavamanos (condición) (¥)																										
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Dermatología (condición)																									
			(*) Crioterapia (condición)					N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
			(*) Electro fulguración (condición)					N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
			(*) Fototerapia (condición)					N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
			(*) Excéresis de lesiones / toma de biopsias (condición)					N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
			(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																									
	Consulta de Endocrinología (condición) (18)	Consultorio de Endocrinología con lavamanos (condición) (¥)																										
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Endocrinología (condición)																									
			(*) Curaciones (condición)				N/A			N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A											
			(*) Ecografía tiroidea (condición)					N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
			(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																									
	Consulta de Fisiatría (condición) (18)	Consultorio de Fisiatría con lavamanos (condición) (¥)																										
		▲ Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Fisiatría (condición)																									
			(*) Electromiografía (condición)					N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
			(*) Intervenciones y liberación de fascias (condición)					N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
			(*) Percusión muscular (condición)					N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
			(*) Otros procedimientos para devolver la función del sistema muscular (condición) (describir en observación)																									

Pág 3

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿ Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL	
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA, preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)							
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	C	NC	C	NC
Consulta Externa (requerido) (2)	Consulta de Medicina del Deporte (condición) (18)	Consultorio de Medicina del Deporte con lavamanos (condición) (Y)																								
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Medicina del Deporte (condición)																							
			(*) Fisioterapia deportiva (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
			(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																							
	Consulta externa de Gastroenterología (condición) (18)	Consultorio de Gastroenterología con lavamanos (condición) (Y)																								
		▲ Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de especialidad; en caso de realizar procedimientos y/o contar con este servicio, se vuelve requerido. (Se deberá contar con un área diferenciada) (Sala de procedimientos) (evalúese en la página 10)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
	Consulta en Nutriología (condición) (18)	Consultorio de Nutriología con lavamanos (condición) (Y)																								
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Sala de procedimientos (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
			(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																							
	Consulta de Genética (condición) (18)	Consultorio de Genética con lavamanos (condición) (Y)																								
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Genética (condición)																							
			(*) Asesoría Genética (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
				(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																						
		Consulta de Geriatría (condición) (18)	Consultorio de Geriatría con lavamanos (condición) (Y)																							
	▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)		Gabinete de Geriatría (condición)																							
			(*) Electrocardiografía (condición)				N/A		N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
				(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																						

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO							C	NC	C	NC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Consulta Externa (requerido)(2)	Consulta de Ginecología (condición) (18)	Consultorio de Ginecología con lavamanos y medio baño (condición) (¥)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL	
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)							
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			C	NC
Consulta Externa (requerido)(2)	Consulta de Medicina Interna (condición) (18)	Consultorio de Medicina Interna con lavamanos (condición) (¥)																								
		Gabinete de Medicina Interna (condición)																								
		▲ Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	(*) Curaciones (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
			(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																							
	Consulta de Medicina Ocupacional (condición)	Consultorio de Medicina Ocupacional con lavamanos (condición) (¥)																								
		▲ Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de especialidad (condición)	(*) Control médico periódico a pacientes laboralmente expuestos a riesgo para su salud (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
			(*) Gestión de los programas de adiestramiento en materia de seguridad industrial y salud ocupacional. (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
			(*) Planes, programas , proyectos de Salud preventiva e indicadores de salud preventiva (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
	Consulta de Neurocirugía (condición) (18)	Consultorio de Neurocirugía con lavamanos (condición) (¥)																								
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Neurocirugía (condición)																							
			(*) Curaciones (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
			(*) Suturas (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
			(*) Retiro de puntos (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
	Consulta de Neurología (condición) (18)	Consultorio de Neurología con lavamanos (condición) (¥)																								
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Neurología (condición)																							
			(*) Polisomnografía (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
			(*) Video electroencefalografia (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
			(*) Electroencefalograma (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
	Consulta de Neumología (condición) (18)	Consultorio de Neumología con lavamanos (condición) (¥)																								
		▲ Procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos de especialidad. (condición) (3) si el procedimiento requiere dispensación y administración de medicamento(s) considerar las especificaciones del servicio de farmacia)	Gabinete de Neumología (condición)																							
			(*) Espirometría (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
			(*) Prueba de volumen pulmonar (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
			(*) Prueba de difusión pulmonar (condición)			N/A			N/A		N/A		N/A			N/A		N/A								
		(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																								

Pág 6

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿ Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL	
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)							
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	C	NC		C	NC				
Consulta Externa (requerido)(2)	Consulta de Obstetricia (condición) (18)	Consultorio de Obstetricia con medio baño (condición) (¥)																								
			(*) PAP test (condición)			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
			(*) Planificación familiar (condición)			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
			(*) Otros procedimientos menores, especifique: (condición) (describir en observación)																							
		Zona de lavado (fregadero), desinfección y esterilización (requerido) (4). Se justificará en el caso que disponga de un área de esterilización o cuenta con material descartable.																								
	Consulta de Odontología general (condición) (18)	Consultorio de Odontología General con lavamanos (condición) (1) (¥)																								
		▲Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	(*) Restauraciones (condición)			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
			(*) Odontología preventiva (condición)			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
			(*) Otros procedimientos de odontología, especifique: (condición) (describir en observación)																							
		Zona de lavado (fregadero), desinfección y esterilización (requerido) (4). Se justificará en el caso que disponga de un área de esterilización.			N/A	N/A											N/A									
	Consulta de Oftalmología (condición) (18)	Consultorio de Oftalmología con lavamanos (condición) (¥)																								
		▲Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Oftalmología (condición)																							
			(*) Estudio de agudeza visual (requerido)				N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
			(*) Estudio de refracción (requerido)				N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
			(*) Biomicroscopía (requerido)			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
			(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																							
	Consulta de Otorrinolaringología (condición) (18)	Consultorio de Otorrinolaringología con lavamanos (condición) (¥)																								
		▲Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de especialidad. (condición) (3)	Gabinete de Otorrinolaringología (condición)																							
			(*) Audiometría (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A											
			(*) Extracción de cerumen (condición)			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
			(*) Remoción de cuerpo extraño en nariz y oído (condición)			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
			(*) Otros procedimientos de especialidad, especifique: (condición) (describir en observación)																							

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿ Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, PBA preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO							C	NC	C	NC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Consulta Externa (requerido) (2)	Consulta externa de Pediatría (condición) (18)	Consultorio de Pediatría con lavamanos (condición) (¶)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE				¿ Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL			
						Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA, preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)									
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO							SI	NO
Consulta Externa (requerido) (2)	Procedimientos menores y de enfermería (condición)	Preconsulta (requerido)	Toma de signos vitales, medidas antropométricas para consulta médica (requerido)																										
		Área de procedimientos de enfermería (condición)	Área de procedimientos de enfermería con lavamanos (condición)																										
			(*) Preparación del paciente para pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos (condición)				N/A													N/A									
			(*) Procedimientos terapéuticos (condición)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
			(*) Administración de medicamentos por vía parenteral (condición)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
			(*) Control de constantes vitales (condición)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
			(*) Otros procedimientos menores, especifique: (condición)																										
SALA DE PROCEDIMIENTOS DE UROLOGÍA																													
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (condición). La condición se vuelve requerida sólo si brinda la prestación o subprestación.	Sala de espera (requerido), podrá compartir con otros servicios mientras se encuentren en el mismo ambiente.	Sala de espera general (requerido)					N/A		N/A								N/A		N/A										
		Zona para silla de ruedas (requerido)					N/A		N/A			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
		Recepción de pedidos y entrega de resultados (requerido)					N/A		N/A							N/A		N/A		N/A									
	Preparación																												
	Vestidor para pacientes con baño (requerido)					N/A		N/A									N/A		N/A										
	Procedimientos																												
	Área para lavado de manos (requerido)					N/A		N/A			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
	▲ Pruebas de funcionalidad urinaria y procedimientos de urología (condición)	Área de pruebas de funcionalidad urinaria y procedimientos (condición)																											
		(*) Cistoscopia (condición)							N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A								
		(*) Urodinamia (condición)							N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A								
		(*) Peneoscopias (condición)							N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A								
		(*) Otros procedimientos, especifique: (condición)																											
	Apoyo y suministro (requerido)	Área de lencería limpia (condición). Se vuelve requerido en caso de no contar con material descartable.					N/A		N/A												N/A								
		Área de lencería sucia (condición). Se vuelve requerido en caso de no contar con material descartable.					N/A		N/A												N/A								
		Zona de almacenamiento de material descartable (condición). Se vuelve requerido en caso de utilizar material descartable.					N/A		N/A												N/A								
Recuperación (17)																													
Sala/cubículos separados que garantice la privacidad del paciente (condición)																													
Estación de Enfermería (condición) (6)	Área de estación de enfermería con lavamanos (requerido)																												
	Preparación de medicamentos (requerido)					N/A		N/A				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
	Almacenamiento temporal de dispositivos médicos (requerido)					N/A		N/A												N/A									

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE				¿Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN				OBSERVACIONES				CONTROL	
						Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)											
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO									SI	NO
SALA DE PROCEDIMIENTOS DE GASTROENTEROLOGÍA																															
Sala de espera (requerido), podrá compartir con otros servicios mientras se encuentren en el mismo ambiente.		Sala de espera general (requerido)				N/A		N/A								N/A		N/A													
		Zona para silla de ruedas (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A													
Zona de recepción de pedidos y entrega de resultados (requerido). Se podrá justificar si el establecimiento maneja una recepción general.						N/A		N/A								N/A		N/A		N/A											
Preparación																															
Vestidor para pacientes con baño (condición)						N/A		N/A										N/A		N/A		N/A									
Procedimientos																															
Área para lavado de manos (requerido)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A													
▲ Pruebas y procedimientos de Gastroenterología (condición) (3), si el procedimiento requiere dispensación y administración de medicamento (s) considerar las especificaciones del servicio de farmacia).		Pruebas y procedimientos de Gastroenterología (condición)																													
		(*) Endoscopia digestiva alta (condición)						N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A											
		(*) Endoscopia digestiva baja (condición)						N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A											
		(*) Rectosigmoideoscopia (condición)						N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A											
		(*) Otros procedimientos, especifique: (condición)																													
Apoyo y suministro (requerido)		Área de Lencería limpia (condición). Se vuelve requerido en caso de no contar con material descartable				N/A		N/A												N/A											
		Área de Lencería sucia (condición). Se vuelve requerido en caso de no contar con material descartable				N/A		N/A												N/A											
		Zona de almacenamiento de material descartable (condición). Se vuelve requerido en caso de utilizar material descartable.				N/A		N/A												N/A											
Limpieza y desinfección de material/instrumental		Zona de prelavado (requerido)																													
		Zona de lavado con fregadero para material endoscópico (requerido)																													
		Zona de desinfección (requerido)																													
		Zona de almacenamiento (requerido)																													
Recuperación (17)																															
Sala/cubículos separados que garantice la privacidad del paciente (requerido)																															
Estación de Enfermería (condición) (6)		Área de estación de enfermería con lavamanos (requerido)																													
		Preparación de medicamentos (requerido)				N/A		N/A				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
		Almacenamiento temporal de dispositivos médicos (requerido)				N/A		N/A												N/A											

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿ Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL	
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA, preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)							
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO						
Diagnóstico por Radiología e Imagen (condición)	Sala de espera (requerido), podrá compartir con otros servicios mientras se encuentren en el mismo ambiente	Sala de espera general (requerido)			N/A	N/A							N/A	N/A												
		Zona para silla de ruedas (requerido)			N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A												
	Zona de recepción de pedidos y entrega de resultados (requerido)				N/A	N/A							N/A	N/A	N/A											
	Baños/Baterías sanitarias (inodoro, papel higiénico, dispensador de papel higiénico, recipiente de desechos y lavamanos) (requerido), (debe contar con características de accesibilidad universal para personas con discapacidad o movilidad reducida según norma INEN 2293, de no contar con el mismo, se solicitará uno que garantice el acceso de acuerdo a la normativa). Nota: los establecimientos de salud tendrán un año calendario a partir de la fecha de oficialización del formulario de inspección correspondiente para la implementación. Se podrá justificar un solo baño, mientras se encuentren en el mismo ambiente.				N/A	N/A							N/A	N/A												
	Ecografía (requerido)	Vestidor para pacientes con medio baño (requerido)			N/A	N/A							N/A	N/A	N/A											
		Área para Ecografía (requerido)																								
		▲ Eco doppler (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A				N/A	N/A												
		▲ Eco doppler 3D - 4D (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A				N/A	N/A												
		▲ Ecocardiograma (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A				N/A	N/A												
		▲ Intervencionismo dirigido con Ecografía (condición)	(*) Biopsia por aguja (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A									
			(*) Drenaje (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A									
			(*) Punciones (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A									
	(*) Otros procedimientos, especifique: (condición)																									
	Radiografía (requerido)	Vestidor para pacientes (condición) ‡			N/A	N/A							N/A	N/A	N/A											
		Área para Radiología con cabina de operador (requerido)				N/A																				
		▲ Radiografía digitalizada (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A						N/A	N/A										
		▲Radiografía especial contrastada (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A						N/A	N/A										
		▲Radiología Panorámica dental (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A						N/A	N/A										
	Mamografía (condición)	Vestidor para pacientes (condición) ‡			N/A	N/A							N/A	N/A	N/A											
		Área para Mamografía (condición)				N/A																				
▲ Mamografía digital o digitalizada (requerido)					N/A	N/A	N/A	N/A						N/A	N/A											
▲ Mamografía con Tomosíntesis (condición)					N/A	N/A	N/A	N/A						N/A	N/A											
Densitometría ósea (condición)	Vestidor para pacientes (condición) ‡			N/A	N/A							N/A	N/A	N/A												
	Área para Densitometría ósea (condición)				N/A																					

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿ Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL	
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA, preparado de base alcoholica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)							
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO						
Diagnóstico por Radiología e Imagen (condición)	Tomografía (mínimo 16 cortes) (condición)	Vestidor para pacientes (condición) ‡			N/A	N/A									N/A	N/A	N/A									
		Área para Tomografía (mínimo 16 cortes) con cabina de operador (condición)				N/A																				
		▲Tomografía computarizada simple (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
		▲Tomografía computarizada contrastada (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
		▲Angiotomografía mas de 64 cortes (condición) (Deberá contar con bomba de infusión)				N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
	Resonancia Magnética (condición)	Vestidor para pacientes (condición) ‡			N/A	N/A									N/A	N/A	N/A									
		Área para Resonancia Magnética con cabina de operador (condición)				N/A																				
		▲ Resonancia magnética nuclear simple (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
		▲Resonancia magnética nuclear contrastada (condición)				N/A	N/A	N/A	N/A					N/A	N/A											
	Apoyo y suministro (requerido)	Área de lencería limpia (condición). Se vuelve requerido en caso de no contar con material descartable.			N/A	N/A											N/A									
		Área de lencería sucia (condición). Se vuelve requerido en caso de no contar con material descartable.			N/A	N/A											N/A									
		Zona de almacenamiento de material descartable (condición). Se vuelve requerido en caso de utilizar material descartable.			N/A	N/A											N/A									
	Área para el análisis y elaboración de informes de resultados (requerido)				N/A	N/A										N/A										
	Sistema de Almacenamiento y Comunicación de Imágenes (RIS PACS por sus siglas en inglés) (requerido) (establecido en el Acuerdo Ministerial 0030-2020 Art.43), sólo aplica si tiene Rel-3.				N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿ Se dispone?	EQUIPAMIENTO								CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES	CONTROL			
				Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA, preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)										
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				C	NC	C	NC
Laboratorio de análisis clínico (condición)	Admisión/ Información/ Recepción (requerido)	Área de Admisión, Información, recepción y entrega de resultados (requerido). Se podrá justificar si el establecimiento maneja una recepción general.				N/A		N/A									N/A		N/A									
		▲ Proveer servicios de atención al usuario para facilitar el acceso a información correspondiente del establecimiento de salud (requerido)	(*) Proceso de recepción, verificación de información del paciente y generación de código de muestras (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
			(*) Revisión y validación de resultados (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
			(*) Entrega de resultados físico y/o digital (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
			▲ Proceso de archivo físico (bitácora) y/o electrónico (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
		Sala de espera (requerido), podrá compartir con otros servicios mientras se encuentren en el mismo ambiente.	Sala de espera general (requerido)				N/A		N/A						N/A		N/A											
		Zona para silla de ruedas (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
	ÁREA PREANALÍTICA																											
	Zona para lavado de manos (requerido). (Se justificará un solo lavamanos, si comparten el mismo ambiente las áreas de preanalítica y analítica)					N/A		N/A					N/A		N/A		N/A											
	▲ Área de toma de muestras por flebotomía (requerido). (Deberá contar con el cubículo / puesto para toma de muestras por flebotomía, acorde a la demanda de pacientes)								N/A																			
	▲ Área de otras tomas de muestras (condición) (En caso de contar con la subprestación deberá contar con el cubículo / puesto acorde a la naturaleza de muestra)								N/A																			
	▲ Recepción y preparación de muestras (requerido)	Zona de recepción y preparación de muestras (requerido)				N/A		N/A							N/A													
		(*) Clasificación de muestras para las diferentes zonas y/o derivaciones (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
		(*) Transporte de muestras (condición) (7) (8)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
		Almacenamiento de muestras (refrigerador y/o cooler). (requerido)						N/A			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿ Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN				OBSERVACIONES			CONTROL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcohólica al 70°). Cuenta con señalética de higiene de manos (OP-SOWMS)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO										C	NC	C	NC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
ÁREA ANALÍTICA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Zona para lavado de manos (requerido) (Se justificará un solo lavamanos, si comparten el mismo ambiente las áreas de preanalítica y analítica)							N/A			N/A					N/A			N/A																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE				¿Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL		
						Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA, preparado de base alcohólica al 70°). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)								
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO							C
Laboratorio de análisis clínico (condición)	Apoyo diagnóstico en Laboratorio de Análisis Clínico: Pruebas Especiales (requerido)	Microbiología (req)	Zona de Microbiología de baja complejidad con fregadero (requerido) (20)																									
			▲ Microscopía: Tinciones (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
			▲ Microscopía: Fresco de secreciones (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
			▲ Otras pruebas, especifique (condición)																									
	ÁREA POSTANALÍTICA																											
	Validación de Resultados o Técnicas (requerido) (Puede estar compartida con el área de servicios administrativos)							N/A		N/A			N/A		N/A		N/A		N/A									
	ALMACENAMIENTO DE REACTIVOS, DISPOSITIVOS Y MUESTRAS SANGUÍNEAS																											
	Zona para reactivos termolábiles o de refrigeración (requerido)							N/A		N/A							N/A		N/A									
	Zona de dispositivos y reactivos a temperatura ambiente (requerido)							N/A		N/A							N/A		N/A									
	Zona de almacenamiento secundario o final de muestras biológicas (requerido) (puede ser compartido con el almacenamiento primario)							N/A		N/A							N/A		N/A									
Zona de lavado (limpieza y desinfección de dispositivos médicos) (fregadero) (requerido)							N/A		N/A								N/A											
Puesto Periférico de Toma de Muestras Biológicas-PPTM (Debe pertenecer al LAC) (condición)	Zona de lavado de manos (requerido)							N/A		N/A				N/A		N/A		N/A										
	Los componentes referentes a los PPTM, se evaluarán conforme lo descrito en el Acuerdo Ministerial 0189-2018 y la Resolución No. ACESS-2023-0018.	Área de recepción, información y entrega de resultados (requerido)						N/A		N/A				N/A		N/A		N/A									En caso de ser Afirmativa continua con los siguientes ítems de evaluación que se vuelven requeridos	
		Área de toma de muestras con cubículos de tomas de muestras de acuerdo a demanda (requerido)						N/A		N/A				N/A		N/A		N/A										
		Área de centrifugación, preparación y embalaje de muestras (requerido)						N/A		N/A				N/A		N/A		N/A										
		El PPTM cuenta con la autorización y la misma está descrita en el permiso de funcionamiento del LAC al que pertenece (requerido)						En caso de contar con la evaluación realizar el postcontrol en la herramienta técnica presentada por el usuario y registrar el resultado en este formulario. Nota: debe registrar la actividad de control en la matriz de reporte de actividades de vigilancia y control.																				
Laboratorio de Anatomía Patológica (condición)	Área de Admisión, Información y entrega de resultados (requerido)							N/A		N/A							N/A											
	ÁREA PREANALÍTICA																											
	Área de recepción y preparación de muestras (requerido)	(*) Zona de recepción de muestras por procesar: (Laminillas, frascos con fragmentos y piezas anatómicas y bloques de parafina) (requerido)						N/A		N/A									N/A									
		(*) Zona de recepción de muestras: Procesadas (requerido)						N/A		N/A									N/A									
		(*) Zona de preparación de placas histopatológicas (requerido)																	N/A									
		(*) Zona de etiquetado y codificación de muestras (requerido)																	N/A									
		(*) Zona de almacenamiento temporal y transporte de muestras por procesar (condición)						N/A		N/A									N/A									
	ÁREA ANALÍTICA																											
	Zona de apoyo diagnóstico en Laboratorio de Anatomía Patológica (requerido)	Zona de estudio de Muestras con fregadero (requerido)																										
		▲ Histología (requerido)							N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
▲ Citología (requerido)							N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
▲ Histoquímica (condición)							N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
▲ Inmunohistoquímica (condición)							N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
▲ Citoquímica (condición)							N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											

Pág 15

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿Se dispone?				EQUIPAMIENTO				CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN				OBSERVACIONES				CONTROL			
							Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza												Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA, preparado de base alcoholica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	C	NC	C	NC											
Laboratorio de Anatomía Patológica (condición)	POSTANALÍTICA																															
	Validación de resultados y exámenes (requerido)	Zona de microscopía y validación de resultados de exámenes (requerido)					N/A										N/A															
		(*) Elaboración de informes citológicos e histopatológicos (requerido)					N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														
	Almacenamiento de placas y bloques de parafina (requerido)	Zona de archivo húmedo y seco (requerido)	Zona de archivo húmedo y seco (requerido)				N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														
			Zona para archivo de muestras/piezas anatómicas (requerido)				N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														
			Zona para archivo de bloques (requerido)				N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														
			Zona de archivo seco de placas (requerido)				N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														
	Zona de Lavado (limpieza y desinfección de dispositivos médicos) (fregadero) (condición)						N/A	N/A									N/A															
	Área de almacenamiento (requerido)	Sustancias de almacenamiento especial (formol, solución de zenker, entre otras) (almacenados en repisas o palletes, con sistema de ventilación; con seguridad) (requerido)					N/A	N/A									N/A															
		Insumos y reactivos (requerido)						N/A	N/A				N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														
Dotación de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Farmacia) (condición). La condición se vuelve requerida solo si brinda la prestación o subprestación.	Zona de dispensación de medicamentos y entrega de dispositivos médicos (requerido)						N/A	N/A																								
	Almacenamiento diferenciado y rotulado de medicamentos y dispositivos médicos (verificar protección de luz solar y artificial, distancia mínima en perchas y pallets de 15 cm del suelo, techo y paredes) (requerido)						N/A	N/A							N/A	N/A	N/A															
	Los medicamentos y dispositivos médicos cuentan con registro sanitario ecuatoriano y se encuentra vigente (requerido)						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
	Los medicamentos y dispositivos médicos se encuentran dentro del período de vida útil (requerido)						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
	Dispone de sistema de ventilación natural o artificial para la conservación adecuada de los medicamentos y dispositivos médicos (requerido)						N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
	Dispone de termohigrómetro en los lugares de almacenamiento de los medicamentos y dispositivos médicos (requerido)						N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
	Registro diario de temperatura y humedad relativa se encuentran conforme a las especificaciones establecidas por el fabricante. (requerido) (Temperatura máxima: 30°C y Humedad relativa máxima: 70%)						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
	Almacenamiento de medicamentos termolábiles en refrigerador (revisar rotulado y etiquetado) (requerido)						N/A	N/A							N/A	N/A	N/A															
	Registro diario de temperatura del refrigerador de almacenamiento de medicamentos (requerido) (Temperatura: 2 a 8°C)						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														
	Zona diferenciadas y rotuladas de cuarentena, devolución, bajas, rechazos y caducados (requerido)						N/A	N/A							N/A	N/A	N/A															
	Zonas rotuladas para almacenamiento de medicamentos de ALTO RIESGO (requerido)						N/A	N/A							N/A	N/A	N/A															
	Los medicamentos LASA se encuentran correctamente etiquetados y cuentan con el listado visible de los mismos (requerido)						N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														
	Almacenamiento de medicamentos que contienen sustancias estupefacientes y psicotrópicas bajo llave (revisar rotulación y etiquetado) (requerido)						N/A	N/A							N/A	N/A	N/A	N/A														
	Las recetas especiales originales se encuentran prescritas con el nombre genérico del medicamento (Ley Orgánica de Salud Art.167) (requerido)						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE			¿ Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL	
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispones de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcoholica al 70°). Cuenta con señalética de higiene de manos (OP/SOMS)							
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO						
Dotación de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Farmacia) (condición). La condición se vuelve requerida solo si brinda la prestación o subprestación.	Las recetas especiales dispensadas cuenta con el sello de DISPENSADA (nombre, firma, número de cédula de quien dispensa, fecha de dispensación y número de contacto de paciente, según lo dispone el Acuerdo Ministerial 00025-2020 en su Art. 22) (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
	Las recetas médicas dispensadas con medicamentos antimicrobianos cuentan con el sello de la palabra DISPENSADA COMPLETAMENTE (establecido en el Acuerdo Ministerial 00031-2020 en su Art. 14) (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
	Cuenta con el archivo de recetas especiales originales emitidas por el prescriptor en orden cronológico (establecido en la Resolución ACESS 2022-0046 en su Art. 47) (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
	Dispone del último reporte de medicamentos que contienen sustancias estupefacientes y psicotrópicas enviado a la ACESS y este corresponde a la fecha de presentación (requerido) (16)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
	El stock físico de medicamentos sujetos a fiscalización corresponde al último reporte presentado a la ACESS (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
	Nombres, apellidos y número de cédula del Químico Farmacéutico o Bioquímico Farmacéutico (revisar contrato) (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
	Bodega de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos con pallets (condición) (11)	Dispone de termohigrómetro en los lugares de almacenamiento de los medicamentos y dispositivos médicos (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
		Registro diario de temperatura y humedad relativa se encuentran dentro de las especificaciones establecidas por el fabricante. (requerido) (Temperatura máxima: 30°C y Humedad relativa máximo: 70%)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
Almacenamiento de medicamentos termolábiles en refrigerador (revisar rotulado y etiquetado) (requerido) (Temperatura: 2 a 8°C)				N/A		N/A								N/A		N/A										
Almacenamiento de medicamentos que contienen sustancias estupefacientes y psicotrópicas bajo llave (revisar rotulación y etiquetado) (requerido)				N/A		N/A								N/A		N/A										
Inmunizaciones (Vacunatorio) (condición). La condición se vuelve requerida solo si brinda la prestación o subprestación. (9)	Área de inmunizaciones con lavamanos (requerido)																									
	Almacenamiento de dispositivos médicos (condición)				N/A		N/A								N/A		N/A									
	▲ Registro de vacunación (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
	▲ Administración de vacunas (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
	▲ Almacenamiento de vacunas (cadena frío) (requerido)						N/A								N/A		N/A									
	Rehabilitación (condición)	Sala de espera (requerido), podrá compartir con otros servicios mientras se encuentren en el mismo ambiente.	Sala de espera general (requerido)				N/A		N/A							N/A		N/A								
Zona para silla de ruedas (requerido)					N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											
Terapia Física (condición)		Área de Terapia Física con lavamanos (condición)																								
		▲ Termoterapia (condición)	Zona de Termoterapia (condición)																							
			(*) Terapia con parafina para miembros superiores e inferiores (condición)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
			(*) Terapia con compresas frías y calientes (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A									
		▲ Mecanoterapia (condición)	Zona de Mecanoterapia (condición)																							
(*) Gimnasio terapéutico (requerido)					N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A											

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE				¿ Se dispone?	EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL		
					Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA, preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)								
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					SI	NO	C
Rehabilitación (condición)	Terapia Física (condición)	▲ Cinesiterapia - Movilidad activa y pasiva (condición)	Zona de Cinesiterapia - Movilidad activa y pasiva (condición)																								
			(*) Estimulación temprana (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A							
			(*) Rehabilitación de suelo pélvico (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A							
			(*)Terapia Traumatológica (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A							
			(*) Otras terapias, especifique: (condición)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A							
		▲ Medios físicos para Terapia (condición)	Zona de Medios físicos para Terapia (condición)																								
			(*) Electroterapia (requerido)					N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A							
			(*) Terapia con Ultrasonido (requerido)					N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A							
			(*) Terapia con Magnetoterapia (requerido)					N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A							
			(*) Terapia con Láser (requerido)					N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A							
	(*) Terapia con Electroestimulación (requerido)						N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A								
	(*) Terapia con Onda corta/infrarrojos (condición)					N/A		N/A		N/A		N/A				N/A		N/A									
	Terapia en agua (condición)	Área para Terapia en agua (condición)																									
		▲ Hidroterapia (condición)					N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
		▲ Terapia con tinas para miembros superiores e inferiores (condición)					N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
	Terapia asistida con animales (condición)	Área para Terapia asistida con animales (condición)																									
		▲ Equinoterapia (condición)					N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A								
▲ Terapia con animales de compañía (condición)					N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
▲ Terapia Respiratoria (condición)	Área para Terapia Respiratoria (condición)																										
▲ Terapia ocupacional (condición)	Área para Terapia ocupacional (condición)																										
▲ Terapia de lenguaje (condición)	Área para Terapia de lenguaje (condición)																										
Psicorehabilitación (condición)	Área para Psicorehabilitación (condición)																										

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE				¿Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN				OBSERVACIONES		CONTROL					
						Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcoholica al 70°). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)													
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO							SI	NO	C	NC	C	NC
Optometría (condición)	Consultorio de Optometría con lavamanos (condición)																																
	Procedimientos de optometría (requerido)	Área de procedimientos de optometría (requerido)							N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A														
		(*) Agudeza visual manual y/o digital (requerido)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A													
		(*) Fondo de ojo (condición)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A													
		(*) Ducciones y versiones (condición)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A													
Nutrición (condición)	Consultorio de Nutrición con lavamanos (condición)						N/A		N/A																								
Área de esterilización (requerido) (**)	Zona sucia (requerido)																																
	Recepción de material e instrumental (requerido)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A														
	Zona de limpieza y descontaminación de material/instrumental (prelavado-lavado y sacado) con fregadero (requerido)						N/A		N/A																								
	Zona limpia (requerido)																																
	Zona de preparación, empaque y esterilización del material (requerido)								N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A														
	Zona de almacenamiento (requerido)																																
	Zona para almacenamiento de material estéril (requerido)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A														
Lavandería (requerido), se podrá justificar únicamente si utiliza material descartable.	Zona de lavandería (requerido)																																
	Zona sucia (requerido)																																
	Recepción de lencería y ropa sucia (requerido)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A														
	Zona de lavado (requerido)																																
	Clasificado, lavado, secado (requerido)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A														
	Planchado (requerido)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A														
	Costura (condición)						N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A														
	Zona de almacenamiento y entrega (requerido)																																
Servicios Generales (requerido)	Vestidores generales diferenciados para el personal. (condición)						N/A		N/A								N/A		N/A														
	Bodega (requerido)	Zona de recepción y entrega (condición)					N/A		N/A										N/A														
		Bodega con zonas de almacenamiento diferenciada (requerido)					N/A		N/A										N/A														
	Limpieza General (requerido) Las áreas pueden estar en el mismo ambiente pero diferenciadas.	Zona para el almacenamiento de materiales de limpieza (uso exclusivo) (requerido)					N/A		N/A										N/A														
		Zona de limpieza de mopas con vertedero de poza profunda (requerido)					N/A		N/A										N/A														

INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01 / AMBIENTE					¿Se dispone?		EQUIPAMIENTO						CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL	
							Equipamiento Biomédico		Mobiliario Clínico		Mobiliario General		Se evidencian condiciones de orden y limpieza		Existen registros de limpieza y desinfección del área/zona		Existen registros de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		El personal sanitario utiliza los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA preparado de base alcoholica al 70°). Cuenta con señalética de higiene de manos (OPS/OMS)							
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO						
Servicios Generales (requerido)	Almacenamiento final de desechos sanitarios (requerido) (según lo establece el acuerdo ministerial 00036-2019)	Área diferenciada para el almacenamiento final de desechos sanitarios (requerido)				N/A		N/A										N/A										
		Zona de desechos comunes (requerido)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
		Zona de residuos aprovechables (condición)				N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
		Zona de desechos sanitarios (requerido)	Desechos biológico-infecciosos (requerido)			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A										
			Desechos corto- punzantes (requerido)			N/A		N/A											N/A									
		Zona de desechos farmacéuticos (requerido)	Desechos farmacéuticos peligrosos (requerido)			N/A		N/A											N/A									
			Desechos farmacéuticos no peligrosos (requerido)			N/A		N/A											N/A									
Zona de Otros residuos o desechos peligrosos (requerido)	Desechos químicos peligrosos (condición), se vuelve requerido en caso de presentar el servicio de Imagenología y/o Laboratorio			N/A		N/A											N/A											
			N/A		N/A											N/A												
ESTRUCTURA GENERAL(ANEXO E_G01) E INSTALACIONES GENERALES (ANEXO IG_01								SI	NO	OBSERVACIONES										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL				
																				C	NC			C	NC			
Rótulo que señale la Razón Social y/o nombre comercial (requerido)																												
¿Los servicios, áreas y zonas, del establecimiento de salud se encuentran correctamente rotulados? (requerido)																												
Cumplimiento del ANEXO ESTRUCTURA GENERAL (EG_01) (requerido)																												
Cumplimiento del ANEXO INSTALACIONES GENERALES (IG_01) (requerido)																												
EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO								SI	NO	OBSERVACIONES										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL				
																				C	NC			C	NC			
Plan anual de mantenimiento preventivo del equipamiento biomédico (requerido)																												
Registro, informes u hojas de servicio del mantenimiento preventivo de equipamiento Biomédico (requerido)																												
Registro, informes u hojas de servicio del mantenimiento correctivo de equipamiento Biomédico. En caso de existir, se vuelve (requerido)																												
Cumplimiento del ANEXO EQUIPAMIENTO GENERAL (EQ-01) (requerido)																												
TALENTO HUMANO								SI	NO	OBSERVACIONES										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL				
																				C	NC			C	NC			
Nómina actualizada del personal de salud que labora en el establecimiento de salud, conforme a la cartera de servicios firmada por el representante legal (requerido)																												
¿Los títulos de los profesionales de la salud están registrados en la ACESS (MSP anterior a diciembre de 2014), y se encuentran ejerciendo funciones acorde a su titulación? (requerido)																												
¿Presenta el documento que acredite la designación del responsable técnico del establecimiento de salud firmada y sellada por el representante legal y responsable técnico (Art.5 Acuerdo Ministerial 00060-2024) (requerido)																												
Licencia personal tipo A en materia de seguridad radiológica (requerido) (10)																												
Licencia institucional tipo C para el tipo de prácticas en equipos generadores de radiación ionizante para uso médico (en caso de no disponer se deberá evidenciar las gestiones realizadas por la institución) (requerido) (12)																												
VERIFICACIÓN DOCUMENTAL ACORDE A NORMATIVA VIGENTE								SI	NO	OBSERVACIONES										REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL				
																				C	NC			C	NC			
Bioseguridad (requerido)	Protocolo y cronograma de limpieza y desinfección de las áreas vigente (requerido)																											
	Protocolo y cronograma de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario vigente (requerido)																											

Bioseguridad (requerido)	Control de plagas (requerido) (De acuerdo al entorno inmediato y a las características del establecimiento de salud)	Programa para el control de plagas suscrito por el responsable técnico del establecimiento de salud. (ANEXO IG 01). (requerido)														
		Contrato y número permiso de funcionamiento de la ARCSA y fecha de vigencia (en el caso de proveedor externo) (condición) (19)														
		Cronograma y registro de control de plagas del último año (requerido)														
	Gestión interna de residuos y desechos (Manual - Acuerdo Ministerial 36-2019) y Acuerdo ministerial 323-2019 (requerido)	Evaluar Anexo 7 de Acuerdo Ministerial 36-2019 (requerido)	Registro de diario de generación de desechos sanitarios (Formulario No. SNS-MSP/Form.099/2018) (requerido)													
			Matriz de evaluación "B" de la gestión interna de residuos y desechos del último semestre. (Anexo 10) (La verificación de cada ítem del Anexo 10 se realizará durante la inspección del establecimiento de salud) (requerido)													
			Certificado del curso presencial de la gestión interna de residuos y desechos (8 horas), vigente (requerido)													
			Plan de gestión de desechos (requerido)													
			Acta de Conformación y de reuniones del Comité de Gestión de Desechos (requerido)													
		Protocolo donde conste los métodos de inactivación física o química de desechos sanitarios (condición), se vuelve requerido en caso de no contar con gestión externa de residuos y desechos Sanitarios.														
	Gestión externa de residuos y desechos Sanitarios (Acuerdo Ministerial No. MAATE-2023-129) (condición), se vuelve requerido en caso de no contar con procesos de inactivación en el Establecimiento de Salud	Contrato con el Gobierno Autónomo Descentralizado Metropolitano y Municipal o Gestor ambiental autorizados que garantice la gestión externa de residuos y desechos Sanitarios (requerido)														
Documento que evidencie la entrega de desechos sanitarios generados durante el último año (manifiesto, guía o factura) a Gobierno Autónomo Descentralizado Metropolitano y Municipal o Gestor ambiental autorizados (requerido)																
Verificar los derechos del paciente expuesto al público, en un lugar visible, conforme al Artículo 15 de la Ley 77 de Derechos y Amparo del Paciente. (requerido)																
Verificar el tarifario expuesto al público, en un lugar visible, correspondientes a los servicios de salud que ofrecen, conforme al Art. 16 de la Ley 77 de Derechos y Amparo del Paciente. (requerido)																
PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE USO Y CONSUMO HUMANO					SI	NO	OBSERVACIONES			REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL		
									C	NC			C	NC		
Acuerdo Ministerial 00031-2020 y su Reforma 00052-2022; Resolución ACESS 2023-0030 (requerido)	Recetas Físicas/electrónicas (requerido)	Verificar el documento que acredite la designación a la persona responsable de la custodia y gestión interna de las recetas médicas cuando sean físicas (requerido)														
		La receta médica contiene la información mínima establecida en la Resolución ACESS 2023-0030 Art. 5 (requerido) (13)														
		Las recetas electrónicas cuentan con un medio electrónico a través del cual el paciente pueda visualizar las indicaciones de los medicamentos prescritos, signos de alarma y recomendaciones no farmacológicas. (requerido)														
		Las recetas médicas cuentan con una copia de respaldo (requerido)														
		Las recetas médicas se encuentran correctamente llenadas (letra legible, indeleble, con tinta azul sin tachones o correcciones, sin siglas ni abreviaturas en donde conste: dosis frecuencia, duración del tratamiento y la cantidad de medicamento prescrito). (requerido)														
		Las recetas médicas se encuentran prescritas con el nombre genérico del medicamento (Ley Orgánica de Salud Art.167) (requerido)														
PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS QUE CONTIENEN SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS					SI	NO	N/A	OBSERVACIONES			REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES		CONTROL	
										C	NC			C	NC	
Acuerdo Ministerial 00025-2020 y Resolución ACESS-2022-0046 (requerido)	Verificar el documento que acredite la designación a la persona responsable de la custodia y gestión interna de las recetas especiales (requerido)															
	Los títulos de los profesionales de la salud autorizados para prescribir medicamentos que contienen sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, ¿se encuentran registrados en la ACESS? (requerido)															
	Las recetas especiales corresponden al formato emitido por la ACESS (requerido)															
	Dispone de las copias de respaldo de las recetas especiales emitidas por el prescriptor en orden cronológico (establecido en la Resolución ACESS 2022-0046 en su Art. 47) (requerido)															
	El número de serie de recetas especiales utilizadas se encuentran acorde a la serie de recetas especiales entregadas por la ACESS, (verificar aleatoriamente mediante código QR o acta entrega-recepción) (requerido)															
	Las recetas especiales se encuentran correctamente llenadas (letra legible, indeleble, con tinta a un solo color (azul o negro) sin tachones o correcciones, sin siglas ni abreviaturas en donde conste: dosis, frecuencia, duración del tratamiento y la cantidad de medicamento prescrito) (establecido en la Acuerdo Ministerial 00025-2020 en su Art. 27). (requerido)															

Acuerdo Ministerial 00025-2020 y Resolución ACESS-2022-0046 (requerido)	Las recetas especiales se encuentran prescritas con el nombre genérico del medicamento (Ley Orgánica de Salud Art.167) (requerido) (14)									
	Dispone del registro y archivo físico de las recetas especiales anuladas, conforme a los requisitos establecidos. (requerido)									
	Cuenta con el reporte de consumo de recetas especiales (requerido)									
	Se han presentado eventos de pérdida, robo, hurto, daño o deterioro de las recetas especiales (si la respuesta es sí, continúe con las siguientes preguntas) (requerido)									
	¿El evento se ha notificado a la ACESS y cuenta con los documentos de respaldo? (requerido)									
	¿Se elaboró el plan de mejora para mitigar cualquier evento suscitado con las recetas especiales? (requerido)									
	¿Se realizó el seguimiento de los compromisos establecidos en el plan de mejora? (requerido)									
SEGURIDAD DEL PACIENTE (No será un condicionante para la emisión del permiso de funcionamiento por primera vez, será requerido en la renovación)										
SEGURIDAD DEL PACIENTE - ACUERDO MINISTERIAL 00000115 y Resolución Nro. ACESS-ACESS-2024-0073-R		SI	NO	OBSERVACIONES		REINSPECCIÓN		OBSERVACIONES	CONTROL	
						C	NC		C	NC
¿Conoce las prácticas seguras descritas en el Manual de Seguridad del Paciente - usuario de acuerdo a la tipología? (requerido)										
¿Dispone de un protocolo de identificación correcta del paciente - usuario, que debe ser estandarizado en todos los servicios y/o áreas de atención de salud? (requerido)										
¿Conoce y aplica conciliación de medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico? (requerido)										
¿Dispone de herramientas para la educación en seguridad del paciente (cartelera, infografía, trípticos, etc.)? (requerido)										
¿Conoce y aplica los 11 pasos de lavado de manos? (requerido)										
¿Conoce y aplica los 8 pasos de higienización de manos con preparado de base alcohólica? (requerido)										
¿Conoce y aplica los 5 momentos de higiene de manos? (requerido)										
Se verificará en la historia clínica, receta médica y/o receta especial el control de electrolitos concentrados (requerido)										
Se verificará en la herramienta SAER la transferencia correcta de la información de los pacientes en puntos de transición (requerido)										
Verificar de manera aleatoria en la historia clínica la no utilización de abreviaturas peligrosa y prevención de riesgo de caídas (requerido)										
¿Dispone en la historia clínica de un registro de información, entregado y firmado por el representante legal del paciente donde se detalle: procedimiento realizado, estado de salud del paciente, medicamentos que le están siendo administrados al paciente, plan diagnóstico y terapéutico formulado, principales riesgos a los que está expuesto, firma, fecha y hora de realización? (requerido)										
¿Cuenta con un documento de consentimiento informado conforme lo establecido en el A.M. 5316-2016 y A.M.000115-2021 (formato correspondiente)? (condición, se vuelve requerido en caso de procedimientos invasivos). Verificar el/los consentimientos informados. (15)										
Buenas prácticas de prescripción (requerido)	El responsable técnico del establecimiento de salud cuenta con el certificado de aprobación del curso de buenas prácticas de prescripción de medicamentos de uso y consumo humano (requerido)									
	Registro de asistencia a la capacitación del curso de buenas prácticas de prescripción de medicamentos de uso y consumo humano, impartido por el responsable técnico a los profesionales de la salud facultados para prescribir. (requerido)									
Farmacovigilancia (requerido)	Dispone de la ficha blanca (registro de las sospechas de los eventos adversos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización) (requerido)									
	¿Se ha presentado un evento adverso supuestamente atribuible a la vacunación e inmunización? (requerido)									
	¿El evento adverso se ha reportado a la ARCSA? (requerido)									
	Dispone de la ficha amarilla (reporte de la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, falla terapéutica, errores de medicación) (requerido)									
	¿Se ha presentado una reacción adversa a medicamentos, falla terapéutica o errores de medicación? (requerido)									
	¿La reacción adversa se ha reportado a la ARCSA? (requerido)									
Eventos adversos (requerido)	¿En el establecimiento de salud se ha presentado algún evento adverso relacionado con la seguridad del paciente? (si la respuesta es si, continúe con las siguientes preguntas) (requerido)									
	Cuenta con un registro de notificación de eventos relacionados con la Seguridad del Paciente (evento adverso, cuasi evento, evento centinela) (requerido)									
	¿Se elaboró la investigación y plan de acción? Revisar verificables (requerido)									
	¿Se realizó el seguimiento de la ejecución de los compromisos establecidos en el plan de acción? Revisar verificables (requerido)									

(1) Odontología: Registrar y verificar el número de puestos (sillones). **(2)** Consulta externa con consultorios polivalentes, se registrará los horarios de atención en Observaciones. **(3)** Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de especialidad; en caso de realizar procedimientos, y/o contar con este servicio, se vuelve requerido, se deberá contar con un área diferenciada. **(4)** Debe mantener un flujo que garantice la esterilidad. **(5)** Deberá contar con un reloj de pared. **(6)** Con visibilidad a los puestos de atención de pacientes. **(7)** Contará con el protocolo para transporte de muestras y el convenio con un LAC externo que cuente con permiso de funcionamiento vigente. **(8)** Contará con el protocolo que garantice la conservación y transporte de muestras biológicas. **(9)** Validación de información vacunal, preparación, administración, registros de vacunación y medidas de contingencia para garantizar la biodisponibilidad e inocuidad del biológico. **(10)** Se deberá registrar el número de Licencias Profesionales. **(11)** Bodega: su capacidad deberá permitir un adecuado almacenamiento y señalización de los productos (medicamentos, dispositivos médicos) a fin de minimizar confusiones y riesgos de contaminación. **(12)** Se deberá verificar de acuerdo al tipo de operación que brinde: Radiología intervencionista (angiografía, litotripsia, hemodinamia), radiodiagnóstico médico (convencional fija/fluoroscopia, equipo portátil de rayos x, con equipo móvil de rayos x, mamografía, densitometría ósea y tomografía computarizada CT), radiodiagnóstico odontológico (con equipo periapical, con equipo panorámico cefalométrico). **(13)** Datos del usuario/paciente, datos del medicamento, datos del prescriptor, indicaciones. **(14)** La receta especial tendrá vigencia de cinco 5 días hábiles contados a partir de la fecha de emisión, las farmacias que dispensen y/o expendan medicamentos que contienen sustancias estupefacientes y psicotrópicas deberán hacer constar en la receta especial la palabra "DISPENSADA" y los demás datos descritos en la normativa legal vigente. **(15)** Consentimiento informado se solicitará en las áreas que lo requieran de acuerdo al A.M. 5316-2016. **(16)** Si el stock no corresponde, se deberá verificar meses anteriores, hasta identificarlo y se deberá elaborar el informe con el hallazgo correspondiente. **(17)** Se vuelve requerido, en caso de pacientes que requieran sedación general. **(18)** La condición se vuelve requerida solo si brinda la prestación o subprestación. En el caso de no contar con la prestación y/o subprestación se justificará la gestión. **(19)** Se justificará en caso de que el edificio cuente con el contrato externo vigente que brinde el servicio. **(20)** Si dispone únicamente microbiología de baja complejidad, se justificará un solo fregadero de doble pozo que podrá compartir con las zona de uroanálisis. **▲** Se verificará la prestación/subprestaciones. Anexo EG 01 Criterios para la evaluación de Estructura General; Anexo IG 01: Criterios para la evaluación de instalaciones generales y control de plagas. * Los procedimientos no serán determinantes para la obtención del permiso de funcionamiento. **(**)** En caso de realizar procedimientos invasivos se deberá contar con el área de esterilización. **(†)** Vestidor para pacientes, se podrá compartir con otros servicios de imagenología, mientras se encuentre en el mismo ambiente, siempre y cuando guarde la privacidad del paciente. **Ⓢ** Pueden contar con atención en: odontología general, psicología general, obstetricia y/o medicina general, siempre y cuando estas atenciones no igualen o superen el número de profesionales especialistas. A.M. 0030-2020. **(¥)** Se justificará lavamanos, si existe baño con lavamanos de uso exclusivo del personal de salud. **(Ⓜ)** Si presta servicio de microbiología de mediana o alta complejidad, deberá contar con un área específica para la prestación de estos servicios, conforme a las directrices emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

INSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES	

	ESTABLECIMIENTO CUMPLE	SI	NO

CÉDULA DE CIUDADANÍA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA

ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO

ACOMPAÑAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO EN EL ESTABLECIMIENTO	FIRMA

REINSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES

Pág 23	ESTABLECIMIENTO CUMPLE	SI	NO

RESPONSABLE (S)DE LA REINSPECCIÓN								
CÉDULA DE CIUDADANÍA		NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO		FIRMA		
ESTABLECIMIENTO REINSPECCIONADO								
ACOMPANAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÉDULA DE CIUDADANÍA		NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO		FIRMA	
RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO	CÉDULA DE CIUDADANÍA		NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO EN EL ESTABLECIMIENTO		FIRMA	
CONTROL SANITARIO / OBSERVACIONES ADICIONALES								
			ESTABLECIMIENTO CUMPLE		SI	NO		
RESPONSABLE (S)DEL CONTROL								
CÉDULA DE CIUDADANÍA		NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO		FIRMA		
CONTROL AL ESTABLECIMIENTO								
ACOMPANAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÉDULA DE CIUDADANÍA		NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO		FIRMA	
RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO	CÉDULA DE CIUDADANÍA		NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO EN EL ESTABLECIMIENTO		FIRMA	