



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD
OPTOMETRÍA Y ÓPTICA
FORMULARIO DE INSPECCIÓN



Almacenes de Ópticas

Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA		CODIGO:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		ZONA:	
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL		CLASE DE RIESGO:	
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO		NÚMERO DE RUC:	
TELÉFONO:		FECHA DE INSPECCIÓN:	
		FECHA DE REINSPECCIÓN:	

DIRECCIÓN	
ACTIVIDAD/ES	

TRÁMITE	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nuevo Permiso de Funcionamiento		Establecimiento exclusivo
Renovación de Permiso de Funcionamiento		
Modificaciones o Ampliaciones		

MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA

INFRAESTRUCTURA		EQUIPAMIENTO				OBSERVACIONES	
AMBIENTES	Si	No	Equipo General		Mobiliario General		
			Si	No	Si		No
Administración							
Almacén	Información, recepción y entrega						
	Baño/Batería sanitaria						
	Exhibición de marcos o molduras para lentes						
Servicios generales	Bodega						
	Limpieza						
	Almacenamiento final de desechos						

CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

Estructura General	Si	No	Observaciones
Pisos: lisos, antideslizantes de fácil limpieza			
Paredes: Acabado liso de fácil limpieza, pintura lavable colores claros			
Cielo Raso/Cielo Falso: Fijos/desmontables de fácil limpieza de colores claros			
Puertas y Ventanas: Con superficies lisas de fácil limpieza.			
Instalaciones Generales del Establecimiento	SI	No	
Rótulo con la Razón Social			
Accesos internos y externos diferenciados			
Iluminación artificial o natural			
Ventilación artificial o natural			
Eléctricas			
Abastecimiento de agua potable o segura			
Desague de aguas lluvias/ aguas sanitarias			

DOCUMENTOS	Si	No	NORMAS DE BIOSEGURIDAD	Si	No	Observaciones
Copia de RUC			Equipos de Protección			
Copia del/ los títulos de los profesionales de la salud registrados en el MSP						

CUMPLE	Si	No

COMISIÓN TÉCNICA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
LIDER DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			

NOTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA

OBSERVACIONES: _____
