

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:	PÚBLICO		PRIVADO		CÓDIGO: 1.2	UNICÓDIGO:	versión 5.0
--	---------	--	---------	--	-------------	------------	-------------

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: RIESGO: A

NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:

ACTIVIDADES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO: SI NO

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD / CALLES (PRINCIPAL Y SECUNDARIA) y N°

ZONA: CANTÓN: PARROQUIA: PROVINCIA: TELÉFONO:

PERMISO DE FUNCIONAMIENTO

PRIMERA VEZ:	No. ORDEN DE INSPECCIÓN:	FECHA DE INSPECCIÓN	No. ORDEN DE REINSPECCIÓN:
--------------	--------------------------	---------------------	----------------------------

RENOVACIÓN:	No. ORDEN DE INSPECCIÓN:	FECHA DE INSPECCIÓN	No. ORDEN DE REINSPECCIÓN:
-------------	--------------------------	---------------------	----------------------------

CONTROL

FECHA DE CONTROL:

AMBIENTES	¿Se dispone de las áreas?	CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD								OBSERVACIONES	Reinspección		
		Se evidencian condiciones de orden y limpieza en las áreas.		Se evidencian condiciones de limpieza y desinfección en equipos y mobiliario		Se dispone de implementos de aseo personal en lavamanos, bañeros/baterías sanitarias, según aplique. Dispensador de papel higiénico, jabón líquido, toallas desechables y alcohol (70%). Cuenta con señalética de lavado de manos. (dentro o fuera de las instalaciones sanitarias)		Se utilizan equipos de protección personal acorde a la actividad que realiza			C	NC	
		Si	No	C	NC	C	NC	C	NC		C	NC	
Admisión (condición)	Recepción, Información y Estadística												
Consulta Externa (requerido)	Sala de espera general												
	Baños/baterías sanitarias												
	Consultorio de Podología, con lavado												
	Quiropodología (condición)												
	Podología preventiva (condición)												
	Podología deportiva (condición)												
	Podología infantil (condición)												
	Estudio biomecánico de la marcha (condición)												
	Cuidados del pie diabético (condición)												
	Cirugía Ungueal (condición)												
Láser podológico (condición)													

AMBIENTES		¿Se dispone de las áreas?		CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD								OBSERVACIONES	Reinspección		
				Se evidencian condiciones de orden y limpieza en las áreas.		Se evidencian condiciones de limpieza y desinfección en equipos y mobiliario		Se dispone de implementos de aseo personal en lavamanos, baños/baterías sanitarias, según aplique. Dispensador de papel higiénico, jabón líquido, toallas desechables y alcohol (70%). Cuenta con señalética de lavado de manos. (dentro o fuera de las instalaciones sanitarias)		Se utilizan equipos de protección personal acorde a la actividad que realiza					
				C	NC	C	NC	C	NC	C	NC				
Si	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC		C	NC			
Área de procedimientos (condición)	Procedimientos mínimos ambulatorios (lavamanos y mesa de mayo)														
Área de lavado (fregadero), desinfección, esterilización de instrumental															
Almacenamiento de materiales e insumos de limpieza (condición)															
Área de limpieza (requerido)															
Área diferenciada para el almacenamiento final de desechos, debe estar señalizada, con acceso restringido, puede ser un armario o un mueble, de uso exclusivo, de material lavable, y que debe permanecer cerrado con llave. Gestión Interna de Residuos y Desechos (AIM 323; AM 00036-2019) (requerido)	Comunes						NA	NA							
	Aprovechables - reciclables						NA	NA							
	Sanitarios (biológicos - infecciosos, cortopunzantes).						NA	NA							
ESTRUCTURA GENERAL (ANEXO EG_01) E INSTALACIONES GENERALES (ANEXO IG_01)							SI	NO	OBSERVACIONES			Reinspección			
Rótulo que señale la tipología del establecimiento de salud y la Razón Social, y/o nombre comercial												C	NC		
Cumplimiento del ANEXO (EG_01)															
Cumplimiento del ANEXO (IG_01)															
EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO (ANEXO EQ-01)							SI	NO	OBSERVACIONES			Reinspección			
Cumplimiento del ANEXO (EQ_01)												C	NC		
Carpeta con cronograma y/o planificación del mantenimiento preventivo anual del equipamiento biomédico															
Carpeta con registro de mantenimiento preventivo de equipamiento Biomédico - hojas de servicio y contratos o facturas de servicios, en caso de equipamiento nuevo solo presentar garantías															
Carpeta con registro de mantenimientos correctivos de equipamiento Biomédico - Hojas de servicio y/o informes técnicos (en caso de existir mantenimientos correctivos)															
TALENTO HUMANO							SI	NO	OBSERVACIONES			Reinspección			
Título del profesional de la salud que brinda la atención, registrado en la ACESS (MSP anterior a diciembre de 2014)												C	NC		
Documento que acredite la designación del responsable técnico del establecimiento (Requerido en consultorios compartidos con otros profesionales) (Se verificará durante la inspección, en consultorios compartidos)															
Profesionales de la salud que comparten el consultorio general							Nombres y apellidos del profesional de la salud y número de cédula:			Título profesional:			Horario de atención:		
							Nombres y apellidos del profesional de la salud y número de cédula:			Título profesional:			Horario de atención:		
							Nombres y apellidos del profesional de la salud y número de cédula:			Título profesional:			Horario de atención:		

VERIFICACIÓN DOCUMENTAL ACORDE A NORMATIVA VIGENTE		SI	NO	OBSERVACIONES	Reinspección		
					C	NC	
Bioseguridad	Protocolo de limpieza y desinfección de las áreas						
	Registro de limpieza y desinfección de las áreas						
	Protocolo de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario						
	Registro de limpieza y desinfección de los equipos mobiliarios						
	Programa para el control de plagas suscrito por el responsable técnico del establecimiento de salud. (ANEXO IG 01) (En el caso de consultorios ubicados dentro de edificios, será válido el programa, o método, que aplique la administración del mismo)	Ejecuta: servicio externo (Permiso de funcionamiento ARCSA) / establecimiento de salud. (Nombre de establecimiento que presta el servicio, o en su defecto si lo realiza el mismo establecimiento de salud)					
		Periodicidad (Registro donde conste la frecuencia de ejecución de control de plagas)					
		Métodos que aplica	Físico				
	Químico						
Gestión Interna de residuos y desechos (A.I.M 323) (Manual AM. 36-2019)	Matriz de evaluación de la gestión interna de residuos y desechos firmada por el responsable de la gestión o quien haga sus veces (último semestre Anexo 10 (A)). (La verificación de cada ítem del Anexo 10 se realizará durante la inspección del establecimiento de salud)						
	Documento que evidencie la entrega de desechos sanitarios generados (manifiesto único/contrato/certificado/cadena de custodia /guía/factura entre otros) (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal o Gestor ambiental calificado).						
Cartera de servicios del establecimiento de salud firmada por el responsable técnico			SI	NO	OBSERVACIONES	Reinspección	
						C NC	
Descripción de la cartera de servicios:							

INSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES:						
	ESTABLECIMIENTO CUMPLE	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					

RESPONSABLE(S) DE LA INSPECCIÓN			
CÉDULA DE CIUDADANIA	NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA

ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO:			
	CÉDULA DE CIUDADANIA		FIRMA
RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO			

REINSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES:						
	ESTABLECIMIENTO CUMPLE	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO					

RESPONSABLE (S) DE LA REINSPECCIÓN			
CÉDULA DE CIUDADANIA	NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA
ESTABLECIMIENTO REINSPECCIONADO:			
	CÉDULA DE CIUDADANIA		FIRMA
RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO			