



FORMULARIO DE INSPECCION
ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD
ATENCION AMBULATORIA
SERVICIOS DE ATENCION DOMICILIARIA DE SALUD
BAJA COMPLEJIDAD
BAJA COMPLEJIDAD



Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:		PÚBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO : 9.1	UNICÓDIGO:
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO:				CLASE DE RIESGO: A	
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:				NÚMERO DE RUC:	
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:				FECHA DE INSPECCIÓN:	
ACTIVIDADES QUE REALIZA EL SERVICIO:				FECHA DE REINSPECCIÓN:	
				ACTIVIDAD/DES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
				SI <input type="checkbox"/>	
				NO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN:				ZONA:	
<small>Calles (Principal y secundaria) y N°. Sector - Distrito</small>				DISTRITO:	
				PROVINCIA:	
				CIUDAD:	
TRÁMITE:		Permisos de Funcionamiento por primera vez:		CANTÓN:	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Renovación de Permiso de Funcionamiento		TELÉFONO:	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Modificaciones o ampliaciones		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA

AMBIENTES	EQUIPAMIENTO								OBSERVACIONES
	Equipo Médico		Mobiliario Médico		Equipo General		Mobiliario General		
	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	
Dirección y Administración Técnica									
Administrativo	Recepción e información (condición)		N/A		N/A				
	Call center / Centro de contacto		N/A		N/A				
	**Baño con barras de apoyo (condición) / Bateria Sanitaria con artículos de aseo personal		N/A		N/A		N/A		
	Area de estadística y archivo								
	Oficina de Administración Técnica								
Área de almacenamiento	*Insumos y dispositivos médicos de acuerdo a la necesidad de la atención domiciliaria a brindar, puede ser compartida con áreas correspondientes (incluir solución hidroalcohólica para cada profesional).								
	Equipamiento menor mínimo (glucómetro, termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, oxímetro de pulso, equipo de diagnóstico, doppler). Aplica para médico y obstetrix según corresponda.								
***Apoyo Diagnóstico Laboratorio (Condición)	Dispone de materiales e insumos para la toma de muestras a domicilio		N/A		N/A				
	Dispone de equipos para el transporte al laboratorio de analisis clinico para los ensayos correspondientes								
	Cuenta con equipos para realización de pruebas rápidas en el domicilio (condición)								
Apoyo Terapéutico Rehabilitación (Condición)	Cuenta con equipos de rehabilitación física de acuerdo a complejidad (compresas químicas, ultrasonido portátil, electroestimulador portátil, infrarojos, percutores y otros que se necesiten).								
Servicios generales	Bodega/Almacenamiento general		N/A		N/A				
	Área de insumos de limpieza		N/A		N/A		N/A		
	Área de almacenamiento final de desechos.		N/A		N/A		N/A		
Condiciones de mantenimiento y limpieza		SI	No	Observaciones					
Para las áreas de almacenamiento de materiales e insumos en salud									
Se evidencia limpieza									
Se evidencia humedad en paredes, pisos, techos									
Instalaciones Generales del Servicio									
SI No Observaciones									
Rótulo que señale el tipo de establecimiento y la Razón Social y/o nombre comercial									
Todas las áreas deben contar con la señalización correspondiente									
Accesos adecuados, con facilidades para personas con discapacidad									
Sistema de computo en red/internet									

TALENTO HUMANO ASISTENCIAL (requerido acorde a la prestación de servicio)	SI	No	Observaciones		
Médico General (es) (condición), profesional de la salud habilitado.					
Personal de Enfermería (condición)					
Obstetriz (condición)					
Psicólogo clínico (condición)					
Licenciado en nutrición o su equivalente (Condición)					
Licenciado en Rehabilitación física (Condición)					
Licenciado en Laboratorio (Condición)					
VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	SI	No	Observaciones		
Protocolo de atención de manejo de pacientes que necesitan atención domiciliaria de acuerdo a complejidad					
Nómina de personal de servicio de atención domiciliaria (contratos notariados del personal).					
Títulos de los profesionales de la salud registrados en la Senecyt y la ACESS.					
Certificado(s) / Carnés Único de Vacunación de todo el personal del servicio.					
De contar con equipos biomédicos, el establecimiento presenta programa de mantenimiento preventivo, correctivo y electivo y los registros que verifiquen su cumplimiento.					
Convenio con proveedor para dotación de medicamentos acorde a la necesidad de la atención domiciliaria a brindar (condición).					
Se cuenta con registros y plan de visitas de los pacientes.					
Cuenta con registros de desechos generados.					
Cuenta con un Plan de gestión integral de desechos sanitarios generados.					
(*) : Convenio o contrato cubre los requeridos.					
(**) : Dispensador provisto de papel higiénico, Dispensador de jabón líquido, Equipos automáticos en funcionamiento o toallas desechables para secado de manos (dentro o fuera de las instalaciones sanitarias).					
(***) : Convenio o contrato cubre los requeridos, incluye procedimientos desde la toma de muestras hasta la entrega del resultado.					
INSPECCIÓN					
FECHA:					
ESTABLECIMIENTO 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					
RECIBE COPIA DEL INFORME	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA	
OBSERVACIONES ADICIONALES:					
REINSPECCIÓN					
FECHA:					
ESTABLECIMIENTO CUMPLE		SI	NO		
COMISIÓN TÉCNICA RESPONSABLE DE LA REINSPECCIÓN					
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA		
LIDER DE LA COMISIÓN					
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN					
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN					
NOTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO REINSPECCIONADO					
	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA	

RECIBE COPIA DEL INFORME

OBSERVACIONES: