

*Farmacia (permiso emitido por ARCSA)	Zona de recepción			N/A	N/A					
	Dispensación de medicamentos, entrega de insumos y dispositivos médicos			N/A	N/A					
	Zona de almacenamiento diferenciado de: medicamentos, insumos, sustancias peligrosas (inflamables, radioactivos, etc). Medicamentos controlados (en un armario con llave), medicamentos que requieran cadena de frío (cámara fría o refrigeradores).									
	Registro de gestión de medicamentos									
*Provisión de Gases Medicinales	Cuenta con área específica con ventilación para el almacenamiento de gases medicinales.									
	En caso de contar con los cilindros en el servicio, éstos deben disponer de anclajes de seguridad									
Servicios generales	Bodega/Almacenamiento general			N/A	N/A					
	Area de insumos de limpieza			N/A	N/A	N/A				
	*Área de almacenamiento fina de desechos.									
Condiciones de mantenimiento y limpieza		Si	No	Observaciones						
Para las áreas de almacenamiento de materiales e insumos de salud										
Se evidencia limpieza										
Se evidencia humedad en paredes, pisos, techos										
En farmacia se verificará climatización (termohigrómetro)										
Se verificará en la farmacia la iluminación y ventilación (luz natural/artificial)										
Instalaciones Generales del Establecimiento		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						
Médicos especialistas clínico quirúrgicos de acuerdo a la prestación de servicios.										
Profesionales Especialistas clínico quirúrgicos (condición)										
Personal de Enfermería General (condición)										
Personal de Enfermería Especializada (condición)										
Psicólogo (condición)										
*Licenciado en Laboratorio (Condición)										
Licenciado en Nutrición o su equivalente (condición)										
Licenciado en Rehabilitación Física (condición)										
*Médico Imagenólogo (condición)										
NORMAS DE BIOSEGURIDAD		SI	No	Observaciones						
*El personal del servicio dispone equipos/prendas de protección personal										
*El personal del servicio dispone equipos/prendas de protección radiológica y dosímetro										
VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS		Si	No	Observaciones						
Protocolo de manejo de pacientes que necesitan atención domiciliaria de acuerdo a complejidad										
Cuenta con registros y plan de visitas de los pacientes que requieren atención especializada de acuerdo a necesidad del paciente										
Nómina de personal de servicio de atención domiciliaria (contratos notarializados 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.										
*Permiso de funcionamiento para la farmacia emitido por la ARCSA.										

De tener la prestación de laboratorio, deberá presentar el convenio vigente con el laboratorio con permiso de funcionamiento vigente			
De contar con equipos biomédicos, el establecimiento presenta programa de mantenimiento preventivo, correctivo y electivo y los registros que verifiquen su cumplimiento.			
Licencias concedidas por el Ministerio de Electricidad y Energía Renovable (a personal que corresponda y equipo), (condición)			
Cuenta con registros de desechos generados por paciente			
Cuenta con un Plan de gestión integral de desechos sanitarios generados que incluya el proceso de capacitación a los generadores.			
*Registro de control de temperatura de equipos y ambiente en Farmacia			

(*) : 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, Dispensador de antiséptico (dentro o fuera de las instalaciones sanitarias).

(***) : Convenio o contrato cubre los requeridos con LAC 3, incluye procedimientos desde la toma de muestras hasta la entrega del resultado.

INSPECCIÓN

FECHA:

ESTABLECIMIENTO CUMPLE	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

RECIBE COPIA DEL INFORME	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA

OBSERVACIONES:
