

ANEXOS

FORMULARIOS DE HABILITACIÓN DEL REGLAMENTO DE INSTITUTOS DE CUARTO NIVEL

Cada formulario permite verificar criterios de habilitación mediante revisión documental, inspección física, entrevista técnica y validación funcional. Los campos “Cumple”, “No cumple” y “No aplica” deben marcarse durante la evaluación oficial. En observaciones se deben registrar hallazgos, brechas, condicionantes y acciones correctivas

REQUISITOS BASICOS DE HABILITACIÓN

N°	DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Título de Propiedad, Planos.	☐	☐	
2	El Establecimiento cuenta con señalización Externa	☐	☐	
3	El Establecimiento cuenta con señalización Interna	☐	☐	
4	Infraestructura en buenas condiciones. Muro Perimetral, Acera Perimetral, Ingreso al establecimiento pavimentado. Techos en buen estado y sin goteras. Paredes externas e internas revocadas y pintadas.	☐	☐	
5	Superficies lisas en áreas de circulación restringida.	☐	☐	
6	Ausencia de polvo, basura, animales domésticos y vectores	☐	☐	
7	Ausencia de escombros, muebles y equipos dados de baja en dependencias	☐	☐	
8	Disponibilidad de energía eléctrica en buenas condiciones de funcionamiento	☐	☐	
9	Disponibilidad de agua potable en buenas condiciones de funcionamiento	☐	☐	
10	Transformadores eléctricos independientes para el hospital	☐	☐	
11	Grupo electrógeno con suficiente capacidad para abastecer de energía eléctrica a las áreas críticas del hospital	☐	☐	
12	Disponibilidad de medios de comunicación (telefonía)	☐	☐	

13	Plantas de tratamiento de aguas residuales comunes y aguas residuales hospitalarias (infecciones-rojas)	☐	☐	
14	Disponibilidad de alcantarillado en buenas condiciones de funcionamiento	☐	☐	
15	Tanques de agua y motor de energía eléctrica	☐	☐	
16	Personal con identificación, uniforme	☐	☐	
17	Instalaciones para circulación vertical (rampas y ascensores)	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 1. verificación documental

Este formulario consolida las condiciones institucionales mínimas que sustentan legal, organizativa y técnicamente la habilitación del instituto de cuarto nivel.

FORMULARIO DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS GENERALES

CODIGO DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
DEPARTAMENTO, CIUDAD, MUNICIPIO				
ZONA, BARRIO				
AVENIDA/CALLE N°				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN:				
N°	VERIFICACIÓN DOCUMENTAL	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	DOCUMENTOS GENERALES			
1.1.	NIT (fotocopia simple)	☐	☐	
1.2.	Copia física y digital de Documentos de Propiedad del inmueble	☐	☐	
1.3.	Croquis de ubicación	☐	☐	
2.	PLANOS APROBADOS			
2.2.	Planos arquitectónicos	☐	☐	
2.3.	Planos sanitarios	☐	☐	
2.4.	Planos eléctricos	☐	☐	
2.5.	Instalaciones especiales	☐	☐	
3.	DOCUMENTOS DE GESTIÓN			
3.1.	Plan Estratégico Institucional	☐	☐	
3.2.	POA homologado	☐	☐	
3.3.	Organigrama	☐	☐	
3.4.	Manual de Organización y funciones	☐	☐	

3.5	Descriptor de cargos	☐	☐	
3.6	Manual de procesos, operaciones y procedimientos	☐	☐	
3.7	Manual mantenimiento infraestructura	☐	☐	
3.8	Manual mantenimiento equipos	☐	☐	
3.9	Reglamentos específicos	☐	☐	
3.10	Reglamento Interno	☐	☐	
3.11	Cartera de servicios aprobada por la instancia competente del nivel central, con detalle de especialidades y subespecialidades	☐	☐	
3.12	Registro en RUES conforme a la normativa aplicable	☐	☐	
3.13.	Cuenta con plan hospitalario de emergencias y desastres, plan de contingencia y rutas de evacuación vigentes	☐	☐	
3.14	Cuenta con consentimiento informado estandarizado, expediente clínico normado y mecanismos de confidencialidad	☐	☐	
3.15	Dispone de programas de docencia, investigación e integración docente-asistencial, cuando corresponda al perfil institucional.	☐	☐	
3.16	Normas y protocolos de atención	☐	☐	
3.17	Formularios de referencia	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 2. Recursos humanos especializados

Este formulario verifica la disponibilidad, idoneidad, cobertura y soporte del personal necesario para un instituto de alta complejidad.

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
N°	DOCUMENTACIÓN EXIGIDA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Nómina de todo el personal del establecimiento (Nombre Completo)	☐	☐	
2	Nómina de autoridades médico administrativas con especificación	☐	☐	
3	Nómina de profesionales médicos con especificación	☐	☐	
4	Nómina de licenciadas y auxiliares de enfermería	☐	☐	
5	Nómina de profesionales bioquímicos/ farmacéuticos	☐	☐	
6	Nómina de otros profesionales de salud	☐	☐	
7	Nómina de profesionales administrativos	☐	☐	
8	Nómina de personal de servicios de apoyo	☐	☐	
9	Fotocopias certificadas de títulos profesionales	☐	☐	
10	Fotocopias autenticadas certificados	☐	☐	
11	Matrícula profesional Ministerio de Salud	☐	☐	
12	Fotocopia de Cédula de Identidad	☐	☐	
13	Personal de apoyo en servicios generales	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 3. Condiciones de infraestructura hospitalaria

FORMULARIO DE VERIFICACION DE INFRAESTRUCTURA

Nº	CONDICIONES DE GENERALES DE INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	MANUALES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS ELÉCTRICOS, ELECTROMECAÓNICOS Y OTROS			
1.1	Manual de mantenimiento de infraestructura	☐	☐	
1.2	Manual de mantenimiento de Equipo Eléctrico y Electromecánico (Ascensores, Lavadoras y otros)	☐	☐	
2	Emplazamiento y ubicación			
2.1	El establecimiento se encuentra alejado de focos de contaminación ambiental (botaderos, aguas residuales, etc.)	☐	☐	
2.2	El establecimiento se encuentra ubicado sobre una vía de acceso vehicular?	☐	☐	
3.	ESTACIONAMIENTO			
3.1	El establecimiento cuenta con estacionamiento interno para emergencias, ambulancias y personal de salud de acuerdo a su capacidad.	☐	☐	
4	ACCESOS, RAMPAS, PASILLOS Y GRADAS			
4.1	Los accesos de flujo peatonal deben estar identificados, alejados del paso de ambulancias y el tránsito vehicular	☐	☐	
4.2	Las áreas de acceso peatonal permiten el paso seguro de las personas, están debidamente señalizadas e iluminadas	☐	☐	
4.3	Las áreas de acceso no presentan roturas, zanjas, están libres de obstáculos y sin riesgo a posibles accidentes	☐	☐	
4.4	Contar con la instalación para circulación vertical de camillas y sillas de ruedas (rampas, ascensores)	☐	☐	

4.5	Cuenta con rampas y facilidades para personas con movilidad reducida	☐	☐	
4.6	El ingreso/salida de emergencia (vehicular y peatonal), así como las rutas de evacuación están señalizadas	☐	☐	
4.7	Acceso diferenciado al establecimiento para urgencias - emergencias	☐	☐	
4.8	Acceso diferenciado al establecimiento para pacientes y usuarios	☐	☐	
4.9	Acceso diferenciado para servicios	☐	☐	
5	INFORMACIÓN			
5.1	Disponibilidad de punto de atención para información, recepción de reclamos, quejas, denuncias, sugerencias o reconocimientos	☐	☐	
5.2	El establecimiento cuenta con panel informativo con horarios de atención, servicios, nombres de los profesionales médicos	☐	☐	
6	CONDICIONES GENERALES DE LA INFRAESTRUCTURA			
6.1	Condiciones Generales de la Estructura (bueno, regular, malo)	☐	☐	
6.2	Condiciones Generales de los Muros Exteriores	☐	☐	
6.3	Tipos de Cubierta (Losa, calamina, teja, plástico, policarbonato, etc.)	☐	☐	
6.4	Condiciones generales de cubierta de la cubierta (bueno, regular, malo)	☐	☐	
7	ACABADOS EXTERIORES			
7.1	Estado de la fachada en revoques (bueno, regular, malo)	☐	☐	
7.2	Estado de la fachada en pintura (bueno, regular, malo)	☐	☐	
8	SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN			
8.1	Cuanta con un sistema de climatización central, de acuerdo al piso ecológico?	☐	☐	

9	SISTEMA DE GASES MEDICINALES			
9.1	Planta Generadora de Oxígeno Medicinal	☐	☐	
9.2	Red de Oxígeno Medicinal	☐	☐	
9.3	Red de Aire Medicinal	☐	☐	
9.4	Red de Nitrógeno Medicinal	☐	☐	
9.5	Red de Dióxido de Carbono	☐	☐	
9.6	Vacío	☐	☐	
9.7	Otros	☐	☐	
10	ILUMINACIÓN DE EMERGENCIA			
10.1	El establecimiento cuenta con iluminación de emergencia?	☐	☐	
11	SISTEMA ELÉCTRICOS			
11.1	N° de Transformadores Eléctricos, Capacidad en KVA	☐	☐	
11.2	Cuenta con Transformador Eléctrico dedicado para equipos de Imagenología?	☐	☐	
11.3	El Establecimiento cuenta con Generador Eléctrico de Emergencia?, Capacidad en KVA.	☐	☐	
11.4	Cuenta con Protección Pararrayos?	☐	☐	
11.5	Cuenta con enterramiento?, cuantos Ohmios?			
12	ASCENSORES			
12.1	Ascensores en buen funcionamiento	☐	☐	
13	DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS			
13.1	SON ÁREAS CON ACCESO RESTRINGIDO, DEBIDAMENTE SEÑALIZADAS	☐	☐	
14	SISTEMAS CONTRA INCENDIOS			
14.16	El personal del establecimiento de salud esta instruido sobre el manejo de los extintores?	☐	☐	
14.17	Cuenta con dispositivos contraincendios - extintores?	☐	☐	

14.18	Cuenta con hidrantes contraincendios?	☐	☐	
15	INSTALACIONES SANITARIAS			
15.1	Las plantas de tratamiento de residuos líquidos y residuos sólidos deben estar ubicadas adecuadamente	☐	☐	
15.2	Cuenta con un sistema de provisión y alimentación de agua	☐	☐	
15.3	Cuenta con una red y/o sistema de provisión continua de agua	☐	☐	
15.4	El establecimiento cuenta con el servicio continuo e irrestricto de agua	☐	☐	
15.5	La instalación de tuberías y griferías están en buen estado	☐	☐	
15.6	Cuenta con tanques cisterna o elevado como sistema auxiliar	☐	☐	
15.7	Cuenta con baterías de baños en buenas condiciones	☐	☐	
15.8	Cada batería de baño cuenta con inodoro y lavamanos	☐	☐	
15.9	Cada artefacto cuenta con llave de corte de agua independiente	☐	☐	
15.10	Artefactos para personas con discapacidad	☐	☐	
15.11	Los lavamanos cuentan con grifería adecuada	☐	☐	
15.12	Las áreas húmedas cuentan con drenaje	☐	☐	
16	SISTEMA DE SEÑALIZACIÓN			
16.1	El establecimiento cuenta con sistema de señalización interna y externa	☐	☐	
16.2	Se identifican los recorridos	☐	☐	
16.3	Las rutas de evacuación están señalizadas	☐	☐	
16.4	Está señalizada la ruta de evacuación de residuos	☐	☐	
16.5	Están señalizados todos los ambientes	☐	☐	

16.6	Áreas restringidas señalizadas	☐	☐	
16.7	El personal cuenta con uniforme de trabajo e identificación	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 4. De equipamiento biomédico, industrial y tecnológico

Este formulario verifica la suficiencia, operatividad, mantenimiento y trazabilidad del equipamiento estratégico del establecimiento.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO					
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO					
NOMBRE(S) EVALUADOR(ES)					
FECHA DE LA EVALUACIÓN					
INVENTARIO DE EQUIPAMIENTO PARA SU VERIFICACION IN SITU					
DATOS DEL EQUIPO	VALORACION				
Equipo					
Tipo de equipo (Biomédico / Industrial / Otro)					
Marca					
Modelo					
Serie					
Servicio					
VERIFICACIÓN					
Funciona (Sí/No)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Prueba de funcionamiento. Cumple	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
OBSERVACIONES					

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

NOTA 1: La verificación se realizará por servicio y por muestreo, se verifica que el equipo/mobiliario declarado por el establecimiento esté físicamente en el ambiente, en buen estado de funcionamiento.

NOTA 2: La verificación IN SITU se realizará conforme a lo declarado en el inventario de equipo, mobiliario e instrumental por ambiente

Toda la documentación debe estar ordenada en una carpeta signada con el rótulo **EQUIPAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Formulario 5. Consulta externa especializada

Formulario de verificación de condiciones de consulta externa y subespecialidades ambulatorias.

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE CONSULTA EXTERNA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE(S) EVALUADOR(ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN				
DE CUMPLIMIENTO CARTERA DE SERVICIOS Y CONSULTORIOS				
N°	CONSULTA EXTERNA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Existe un panel de información respecto a nombres de profesionales y especialidades, horarios de atención y asignación de consultorios	☐	☐	
2	Existe un sistema de señalización visible y comprensible	☐	☐	
3	Cuenta con Manual de procesos, operaciones y procedimientos	☐	☐	
4	El servicio cuenta con Normas de Organización y funcionalidad (manual de cargos, rol de turnos de personal, memorándums de designación del responsable de servicio, instrumentos de registro de atención)	☐	☐	
5	Existe un ambiente adecuado para la espera de obtención de atención	☐	☐	
6	Nro. total de consultorios que tiene el Establecimiento de Salud	☐	☐	
7	Nro. de consultorios para atención de Especialidades Médicas	☐	☐	
8	El establecimiento dispone de programación de citas	☐	☐	
9	Sala de espera iluminada, limpia y ordenada	☐	☐	

10	Baños para los pacientes limpios y en buen estado	☐	☐	
11	Depósito intermedio de residuos identificado	☐	☐	
12	Consultorios limpios, iluminados y ordenados	☐	☐	
13	Consultorios externos cuentan con mobiliario, instrumental equipamiento de acuerdo a la especialidad	☐	☐	
14	Consultorios aseguran privacidad	☐	☐	
15	Consultorios con normas de diagnóstico y tratamiento	☐	☐	
16	Área de lavado de manos disponible	☐	☐	
17	Las puertas cuentan con cerraduras funcionales (sistema de palanca), con protectores de golpe de camillas y visor	☐	☐	
18	Las ventanas de exterior son corredizas y/o batientes, cuentan con sistema de apertura, sus hojas tienen vidrio transparente de seguridad	☐	☐	
19	El cielo tiene acabado liso y de fácil limpieza	☐	☐	
20	Las paredes son revocadas con acabado fino y de fácil limpieza	☐	☐	
21	Los pisos son acabados lisos con baldosas cerámicas y/o vinil antideslizantes	☐	☐	
22	La iluminación de los consultorios están en óptimas condiciones	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 6. Verificación de servicios de hospitalización

Formulario para evaluación integral del servicio de hospitalización, condiciones de internación y soporte asistencial.

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN (SALAS DE INTERNACIÓN)

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE(S) EVALUADOR(ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS SALAS DE INTERNACIÓN				
Nº	HOSPITALIZACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Nro. de salas de internación individuales (una cama)	☐	☐	
2	Nro. de salas de internación para dos camas	☐	☐	
3	Nro. de salas de internación de tres o más camas	☐	☐	
4	Nro. de salas de internación para pacientes aislados	☐	☐	
5	Nro. de camas censables totales	☐	☐	
6	El servicio de hospitalización cuenta con normas de organización y funcionalidad (manual de organización y funciones, manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos, normas y protocolos de atención), rol de turnos del personal que garantice el funcionamiento continuo, memorándum de designación de responsables del servicio	☐	☐	
7	Salas de internación iluminadas, limpias y ordenadas	☐	☐	

8	Salas de internación con mobiliario, instrumental y equipamiento completo y en buen estado de acuerdo al grado de complejidad	☐	☐	
9	Salas de internación con sistema de comunicación con la estación de enfermería	☐	☐	
10	Salas de internación cuentan con puntos de oxígeno y aspiración	☐	☐	
11	Salas de internación con temperatura y ventilación adecuada	☐	☐	
12	Salas de internación con gases médicos operativos	☐	☐	
13	Baños del servicio de Hospitalización accesibles al público	☐	☐	
14	Existe un depósito intermedio de residuos identificado	☐	☐	
15	Existe señalética del horario y sentido de recolección de residuos	☐	☐	
16	El servicio tiene estacionamiento de camillas y/o sillas de ruedas	☐	☐	
17	Ambiente exclusivo para depósito transitorio de carros	☐	☐	
18	Disponibilidad de baños para visitas	☐	☐	
19	Estación de enfermería ordenada y limpia	☐	☐	
20	Las puertas cuentan con cerraduras funcionales (sistema de palanca), con protectores de golpe de camillas y visor	☐	☐	
21	Las ventanas de exterior son corredizas y/o batientes, cuentan con sistema de apertura, sus hojas tienen vidrio transparente de seguridad	☐	☐	
22	El cielo tiene acabado liso y de fácil limpieza	☐	☐	
23	Las paredes son revocadas con acabado fino y de fácil limpieza	☐	☐	

24	Los pisos son acabados lisos con baldosas cerámicas y/o vinil antideslizantes	☐	☐	
25	La iluminación de los consultorios están en óptimas condiciones	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 7. Verificación del Bloque Quirúrgico

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE BLOQUE QUIRÚRGICO

ENTE GESTOR - REGIONAL				
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE(S) EVALUADOR(ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN				
N°	BLOQUE QUIRÚRGICO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Cuenta con Manual de procesos, operaciones y procedimientos	☐	☐	
2	Se cuenta con Normas de Organización y funcionalidad (manual de cargos, rol de turnos de personal, memorándums de designación del responsable de servicio, instrumentos de registro de atención)	☐	☐	
3	Se cuenta con Protocolos de atención	☐	☐	
4	Existe un sistema de señalización visible y comprensible	☐	☐	
5	Sala de espera para familiares	☐	☐	
6	Disponibilidad de baños limpios para los familiares y público	☐	☐	
7	Área de circulación restringida con señalización correspondiente	☐	☐	
8	Tablero o pizarra de Programación de Cirugías visible y actualizado	☐	☐	
9	Vestidores para personal iluminados, limpios y ordenados	☐	☐	
10	Área transferencia de paciente	☐	☐	
11	Disponibilidad de área pre anestésica	☐	☐	
12	Quirófanos para cirugías programadas	☐	☐	
13	Quirófanos para cirugías de emergencias	☐	☐	
14	Quirófanos cuentan con una curva sanitaria en los vértices (esquinas) entre muros interiores, muros y pisos; muros y cielo.			

15	Quirófanos cuentan con sistema de tratamiento de aire adecuado	☐	☐	
16	Quirófanos con instalaciones de gases medicinales	☐	☐	
17	Puertas de quirófano con ancho adecuado para camillas (180 metros de ancho que permitan el paso de camillas deben tener mirillas y de preferencia en una sola dirección)	☐	☐	
18	Temperatura de quirófano entre 20°C y 24°C	☐	☐	
19	Equipos de quirófano funcionando correctamente	☐	☐	
20	Área de lavado quirúrgico de manos con sistema manual o eléctrico	☐	☐	
21	Área de almacenamiento de material e insumos	☐	☐	
22	Inventario de instrumental quirúrgico	☐	☐	
23	Área de almacenamiento de equipos	☐	☐	
24	Disponibilidad de ropa quirúrgica suficiente	☐	☐	
UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA (URPA)				
25	Unidades de URPA con puntos de oxígeno y aspiración	☐	☐	
26	Estación de enfermería de la URPA	☐	☐	
27	Depósito intermedio de residuos identificado	☐	☐	
28	El cielo tiene acabado liso, impermeable y de fácil limpieza	☐	☐	
29	Las paredes son de material impermeable, acabado fino, lavable y de fácil limpieza	☐	☐	
30	Los pisos son de acabado fino, impermeable, lavable, antideslizantes y de fácil limpieza	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario : Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 8. Verificación de la Central de esterilización y suministros

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y SUMINISTROS

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE(S) EVALUADOR(ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN				
Nº	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN - SUMINISTROS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	El Establecimiento de Salud tiene un ambiente exclusivo con áreas diferenciadas (lavado, empaque, esterilización y almacenamiento) destinado al servicio de esterilización	☐	☐	
2	El servicio cuenta con un responsable y personal de apoyo	☐	☐	
3	Cuenta con normas y procedimientos establecidos (Manuales de Organización y Funciones, Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos, flujograma de procedimientos visible)	☐	☐	
4	Personal cumple con normas de bioseguridad	☐	☐	
5	Vestidores para el personal con zona de transferencias	☐	☐	
6	Disponibilidad de baños limpios para personal del servicio	☐	☐	
7	Área de circulación restringida con señalización correspondiente	☐	☐	
8	Cuenta con Central de esterilización (la magnitud del área y equipos adecuados a la magnitud al tamaño y complejidad del establecimiento)	☐	☐	
19	Equipos esterilización en frío por plasma de peróxido de hidrógeno	☐	☐	

10	Autoclave y/o Poupinel	☐	☐	
11	Zona Roja: recepción, clasificación, lavado, secado, trazabilidad	☐	☐	
12	Zona Azul: preparación, proceso, desinfección alto nivel	☐	☐	
13	Zona Verde: almacenamiento, dispensación, transporte	☐	☐	
14	Paquetes esterilizados con cintas testigo y fechas vigentes	☐	☐	
15	Los empaques deben tener fecha del día de esterilización, fecha de vencimiento no mayor a 7 días	☐	☐	
16	Los empaques deben tener fecha del día de esterilización cuenta con lista de desinfectantes a ser utilizados y especificaciones de uso	☐	☐	
17	Personal con ropa de trabajo correspondiente	☐	☐	
18	Depósito intermedio de residuos identificado	☐	☐	
19	El cielo tiene acabado liso, impermeable y de fácil limpieza	☐	☐	
20	Las paredes son de material impermeable, acabado fino, lavable y de fácil limpieza	☐	☐	
21	Los pisos son de acabado fino, impermeable, lavable, antideslizantes y de fácil limpieza	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 9. Verificación Servicios Críticos: UTI - UCI

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SERVICIOS CRÍTICOS: UTI - UCI

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN				
N°	SERVICIOS CRÍTICOS: UTI / UCI	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Existe un sistema de señalización visible y comprensible	☐	☐	
2	Cuenta con Manual de procesos, operaciones y procedimientos	☐	☐	
3	El servicio cuenta con Normas de Organización y funcionalidad (rol de turnos de personal, memorándums de designación del responsable de servicio, instrumentos de registro de atención)	☐	☐	
4	N° de unidades de UTI adultos (máximo el 10% del total de camas del hospital)	☐	☐	
5	N° de unidades Adultos aislados	☐	☐	
6	N° de unidades UCI	☐	☐	
7	Accesibilidad a servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento	☐	☐	
8	Sala de espera para familiares	☐	☐	
9	Disponibilidad de baños limpios para los familiares y público	☐	☐	
10	Señalización de área de circulación semirrestringida y restricción de paso	☐	☐	
11	Vestidores para personal iluminados, limpios, ordenados (al ingreso del servicio)	☐	☐	
12	Vestidores para familiares iluminados, limpios, ordenados (al ingreso del servicio)	☐	☐	

13	Salas de UTI y UCI con techos, paredes, mesones, pisos y puertas, con materiales impermeables, con acabados lisos, lavables, que facilite su limpieza y desinfección (ausencia de fisuras, erosiones o afloramientos).	☐	☐	
14	Las puertas de acceso permiten el paso y giro fácil de camillas y equipos	☐	☐	
15	Las puertas y ventanas deben contar con pintura anticorrosiva que permita su fácil limpieza y desinfección	☐	☐	
16	Climatización de las salas de acuerdo a la región entre 25 a 25 °C y niveles de humedad entre 30-40%	☐	☐	
17	Sistema de tratamiento de aire adecuado (incluye sistema de filtración y extracción de aire con filtros EPA y/o flujo laminar, deseable recambio de aire 4 veces por hora)	☐	☐	
18	Cada unidad debe o sala individual debe tener mínimo 9m ²	☐	☐	
19	En sala donde existan más de una unidad, la separación entre unidades debe ser mínima de 3m y con barrera física de separación	☐	☐	
20	Cada unidad debe contar con lavamanos para médico, 2 salidas de oxígeno, 1 salida de aire medicinal y 1 aspiración central o aspirador portátil por unidad funcional o box de aislamiento	☐	☐	
21	Cada unidad debe contar con por lo menos 5 enchufes de energía eléctrica, ideal 15	☐	☐	
22	Verificar inventario de equipos del servicio (camas de UTI, monitores, respiradores, carro de reanimación, marcapasos transitorio, electrocardiógrafo y otros propios de servicios críticos)	☐	☐	
23	Disponibilidad de acceso lavado de manos con sistema manual o electrónico, e insumos necesarios (jabón líquido, toallas desechables mínimo)	☐	☐	

24	Estación de enfermería con ubicación que garantice a médicos y enfermeras monitorización de todas las unidades de UTI y UCI	☐	☐	
24	Equipo de computación con acceso a internet	☐	☐	
25	Teléfono interno que permita comunicación interna y externa	☐	☐	
26	Reloj visible a los operadores	☐	☐	
27	Sistema de alarmas, pulsables, audibles y visibles situadas a la cabecera del paciente y debe sonar en la estación de enfermería o de monitoreo, ambientes de descanso del médico, salas de reuniones	☐	☐	
28	El sistema eléctrico debe contar con sistema de protección que asegure prevención de accidentes eléctricos	☐	☐	
29	Depósitos y vitrinas para material quirúrgico, insumos, ropería y otros	☐	☐	
30	Área de trabajo limpio de enfermeras	☐	☐	
31	Área de trabajo sucio de enfermería	☐	☐	
32	Área de preparación de nutrición parenteral - campana de flujo laminar (puede estar en el servicio o en la unidad farmacia del establecimiento señalar en observaciones)	☐	☐	
33	Área de camillas	☐	☐	
34	Área de descanso de personal médico con baño y ducha	☐	☐	
34	Disponibilidad de un depósito intermedio de residuos (ambiente aislado, restringido, adecuadamente identificado)	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 10. Verificación Servicios Críticos: UTIN - UCIN

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SERVICIOS CRÍTICOS: UTIN- UCIN

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN				
N°	SERVICIOS CRÍTICOS: UTIN / UCIN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Existe un sistema de señalización visible y comprensible			
2	Cuenta con Manual de procesos, operaciones y procedimientos			
3	El servicio cuenta con Normas de Organización y funcionalidad (rol de turnos de personal, memorándums de designación del responsable de servicio, instrumentos de registro de atención)			
4	N° de unidades de UTIN (máximo el 10% del total de camas del hospital)	☐	☐	
5	N° de unidades aislados	☐	☐	
6	N° de unidades UCIN y cuidados basicos	☐	☐	
7	Accesibilidad a servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento	☐	☐	
8	Sala de espera para familiares	☐	☐	
9	Disponibilidad de baños limpios para los familiares y público	☐	☐	
10	Señalización de área de circulación semirestringida y restricción de paso	☐	☐	
11	Vestidores para personal iluminados, limpios, ordenados (al ingreso del servicio)	☐	☐	
12	Vestidores para familiares iluminados, limpios, ordenados (al ingreso del servicio)	☐	☐	

13	Salas de UTIN y UCIN con techos, paredes, mesones, pisos y puertas, con materiales impermeables, con acabados lisos, lavables, que facilite su limpieza y desinfección (ausencia de fisuras, erosiones o afloramientos).	☐	☐	
14	Las puertas de acceso permiten el paso y giro fácil de camillas y equipos	☐	☐	
15	Las puertas y ventanas deben contar con pintura anticorrosiva que permita su fácil limpieza y desinfección	☐	☐	
16	Climatización de las salas de acuerdo a la región entre 25 a 25 °C y niveles de humedad entre 30-40%	☐	☐	
17	Sistema de tratamiento de aire adecuado (incluye sistema de filtración y extracción de aire con filtros EPA y/o flujo laminar, deseable recambio de aire 4 veces por hora)	☐	☐	
18	Cada unidad debe o sala individual debe tener mínimo 9m ²	☐	☐	
19	Verificar inventario de equipos del servicio (camas de UTI, monitores, respiradores, carro de reanimación, marcapasos transitorio, electrocardiógrafo y otros propios de servicios críticos)	☐	☐	
20	Disponibilidad de acceso lavado de manos con sistema manual o electrónico, e insumos necesarios (jabón líquido, toallas desechables mínimo)	☐	☐	
21	Estación de enfermería con ubicación que garantice a médicos y enfermeras monitorización de todas las unidades de UTIN y UCIN	☐	☐	
22	Equipo de computación con acceso a internet	☐	☐	
23	Teléfono interno que permita comunicación interna y externa	☐	☐	
24	Reloj visible a los operadores	☐	☐	

25	Sistema de alarmas, pulsables, audibles y visibles situadas a la cabecera del paciente y debe sonar en la estación de enfermería o de monitoreo, ambientes de descanso del médico, salas de reuniones	☐	☐	
26	El sistema eléctrico debe contar con sistema de protección que asegure prevención de accidentes eléctricos	☐	☐	
27	Depósitos y vitrinas para material quirúrgico, insumos, ropería y otros	☐	☐	
28	Área de trabajo limpio de enfermeras	☐	☐	
29	Área de trabajo sucio de enfermería	☐	☐	
30	Área de preparación de nutrición parenteral - campana de flujo laminar (puede estar en el servicio o en la unidad farmacia del establecimiento señalar en observaciones)	☐	☐	
31	Área de camillas	☐	☐	
32	Área de descanso de personal médico con baño y ducha	☐	☐	
33	Disponibilidad de un depósito intermedio de residuos (ambiente aislado, restringido, adecuadamente identificado)	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 11. Verificación Servicios Enfermería

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN				
N°	ENFERMERÍA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	El Establecimiento cuenta con un jefe de Enfermería (seleccionado preferentemente por concurso de méritos)	☐	☐	
2	El establecimiento cuenta con protocolos de enfermería, manuales de procedimientos y manual de funciones actualizados y a disposición del personal de enfermería	☐	☐	
4	Existe un ambiente para la jefatura de enfermería con mobiliario necesario	☐	☐	
5	Estación/es de enfermería limpio, iluminado, ordenado	☐	☐	
6	Estaciones con paredes, mesones y pisos con materiales impermeables, con acabados lisos y lavables (ausencia de fisuras, erosiones o aflojamientos)	☐	☐	
7	Sistema de llamado a enfermería en lugar visible, funcionando (Servicio de hospitalización)	☐	☐	
8	Estaciones de enfermería cuenta con mobiliario, equipos de la estación de enfermería	☐	☐	
9	Carros de expedientes clínicos en buenas condiciones funcionando correctamente	☐	☐	

10	Carro de curaciones (material lavable) en buenas condiciones, con todos los insumos y materiales necesarios (verificar inventario)	☐	☐	
11	Está actualizado el registro de control de la cadena de frío en refrigerador del vacunatorio	☐	☐	
12	Disponibilidad de un depósito intermedio de residuos (ambiente aislado, restringido, adecuadamente identificado)	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 12. Verificación Servicios Farmacia

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN				
Nº	CONDICIONES PARA HABILITAR EL SERVICIO DE FARMACIA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	DOCUMENTOS GENERALES			
1.1	Nombre del regente farmaceutico (minimamente un Regente 8 horas)	☐	☐	
1.2	Indicar horario de funcionamiento (en observaciones)	☐	☐	
2	REQUISITOS DE LOS PROFESIONALES BIOQUÍMICOS, TÉCNICOS Y ESPECIALISTAS			
2.1	Fotocopia del Título Profesional en Provisión Nacional	☐	☐	
2.2	Fotocopia del Título Profesional Académico	☐	☐	
2.3	Fotocopia del Carnet Identidad (vigente)	☐	☐	
2.4	Fotocopia de Matrícula Profesional y Fotocopia del Registro en el Colegio de Bioquímica y Farmacia	☐	☐	
2.5	Contrato de la Regente (mínimo un año) deseable que se señale el horario de trabajo	☐	☐	
2.6	Contrato de Trabajo (mínimo un año) de los profesionales farmacéuticos, bioquímicos- farmacéuticos o químico - farmacéutico de las diferentes áreas del servicio, deseable que se señale el horario de trabajo	☐	☐	

3	DE LAS CONDICIONES BÁSICAS			
3.1	La farmacia cuenta con áreas de Dispensación, Almacenamiento y Unidosis	☐	☐	
3.2	En el Almacén se cumplen con las buenas prácticas de almacenamiento (Por producto, Por Laboratorio, Por vigencia y Por Estado de Conservación)	☐	☐	
3.3	Cuenta con área de descanso y baño. (Cuando se realice turno de 24 horas)	☐	☐	
3.4	Cuenta con batería sanitaria (inodoro, lavamanos y ducha)	☐	☐	
3.5	Cuenta con equipo de refrigeración	☐	☐	
3.6	Cuenta con señalética que indique FARMACIA	☐	☐	
3.7	Las instalaciones responde a normas de higiene y salud	☐	☐	
3.8	Los profesionales del servicio cuentan con uniforme e identificación	☐	☐	
3.9	Cuenta con los Libros de: Control de Estupefacientes, Control de psicotropicos, de acuerdo a la normativa vigente y disposiciones de la AGEMED	☐	☐	
3.10	Cuenta con bibliografía de Referencia	☐	☐	
3.11	Cuenta con Lista Nacional de Medicamentos Esenciales del Ministerio de Salud	☐	☐	
3.12	Cuenta con la Lista de Medicamentos Controlados	☐	☐	
3.13	Se cuenta con el Registro Sanitario por cada forma farmacéutica, concentración, origen y laboratorio productor (Verificar Nombre del producto, Forma farmacéutica, Laboratorio productor, Origen, Registro Sanitario, Fecha de Vencimiento y Número de Lote de medicamentos por muestreo).	☐	☐	

3.14	Se ha verificado que los medicamentos se almacenan al resguardo de la luz solar, así como en condiciones de humedad y temperatura adecuada	☐	☐	
3.15	El kardex de los medicamentos es Digital o Manual	☐	☐	
3.16	El kardex de los medicamentos digital o manual esta actualizado	☐	☐	
3.17	Botiquines y otro sistema que cuenta el establecimiento para garantizar stock de medicamentos en todos los servicios cuando la farmacia no funciona 24 horas (verificar stock y fecha de vencimiento)	☐	☐	
4	INFORMACIÓN DOCUMENTAL			
4.1	Apertura del Libro de Psicotropicos y Estupefacientes antes de la solicitud de habilitación	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 13. Verificación Apoyo y Diagnóstico: Imagenología

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE APOYO Y DIAGNÓSTICO: IMAGENOLOGÍA - RAYOS X - RESONANCIA MAGNÉTICA - ECOGRAFÍA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN				
Nº	SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO: IMAGENOLOGÍA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Los servicios de imagenología se ajustan a las normas, la legislación y los parámetros de evaluación locales y regionales vigentes, verificar si cumple con estas normas	☐	☐	
2	Cuenta con la Licencia institucional del Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear (AETN)	☐	☐	
3	Cuenta con la licencia individual del personal que trabaja en el servicio (profesionales y técnicos) por parte del AETN	☐	☐	
4	Se dispone de servicios de imagenología las 24 horas del día (verificar horarios de atención y rol de turnos)	☐	☐	
5	Sala de espera para familiares (puede ser compartida con otro servicio de apoyo diagnóstico)	☐	☐	
6	Disponibilidad de baños limpios para los pacientes, familiares y público	☐	☐	
7	El servicio de Imagenología (rayos X, tomografía, mamografía, resonancia, densitometría y otros) del establecimiento de salud, cuenta con certificación vigente otorgada por la autoridad competente	☐	☐	

8	El personal del servicio de Imagenología cuenta con certificación vigente otorgada por la autoridad competente	☐	☐	
9	Señalética específica de área restringida y precaución al ingreso a sala de rayos X	☐	☐	
10	N° Salas de rayos X simple con mobiliario, ropería e insumos	☐	☐	
11	Vestidores para pacientes	☐	☐	
10	N° Salas de rayos X contrastada con mobiliario, ropería e insumos	☐	☐	
12	Existe equipos portátiles de Rayos X en el establecimiento de salud	☐	☐	
13	Existe equipos de protección (mandil, protectores gonadales) para el personal y pacientes	☐	☐	
14	Personal del servicio utiliza dosímetros (conforme a la certificación de la autoridad correspondiente)	☐	☐	
15	Sala de Rayos X limpia, ordenada, con mobiliario, equipos e insumos necesarios	☐	☐	
16	Vestidores para pacientes	☐	☐	
TOMOGRAFÍA				
17	N° de equipos de tomografía en el establecimiento	☐	☐	
18	Paredes o muros de la Sala de Tomografía recubiertos de plomo o Baritina, incluye la sala de control con vidrios blindados de Plomo	☐	☐	
19	Personal del servicio utiliza dosímetro	☐	☐	
RESONANCIA MAGNÉTICA				
20	Señalética específica de área restringida y precaución al ingreso a sala de resonancia magnética	☐	☐	
21	Infraestructura apropiada para resonancia magnética	☐	☐	
23	Vestidores para pacientes	☐	☐	
24	Ambiente con estaciones de trabajo	☐	☐	

25	Área de impresión de imágenes	☐	☐	
26	Archivo de placas	☐	☐	
ECOGRAFÍA				
27	Ambientes de ecografía limpios, ordenados y equipados	☐	☐	
28	Baño exclusivo del ambiente de ecografía limpio y funcionando correctamente	☐	☐	
29	N° de ecógrafos en el establecimiento	☐	☐	
30	El personal encargado de operar el equipo de ecografía es: médico imagenólogo ecografista o médico general (especificar en observaciones)	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 14. Servicios generales

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SERVICIOS GENERALES

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
Nº	SERVICIOS GENERALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Archivo Clínico	☐	☐	
1.1	Datos del personal responsable de la unidad	☐	☐	
1.2	Listado del personal de la unidad, horarios de atención	☐	☐	
1.3	Ambientes seguros (bajo llave), ventilados, libres de humedad y roedores. Seguridad y confidencialidad	☐	☐	
1.4	Disponibilidad de procesamiento de datos	☐	☐	
1.5	Estantes adecuados para archivo de expedientes clínicos en buen estado	☐	☐	
1.6	Expedientes clínicos archivados de acuerdo a la norma	☐	☐	
1.7	Registro actualizado de entrega y devolución de expedientes clínicos	☐	☐	
1.8	Inventario de la unidad	☐	☐	
1.9	Manual del usuario y norma técnica de manejo del expediente clínico	☐	☐	
1.10	Registro de recepción, apertura e identificación de expedientes clínicos	☐	☐	
1.1	Control del proceso de préstamo	☐	☐	
2	LAVANDERÍA			
2.1	Áreas de recepción, proceso y entrega identificadas	☐	☐	

2.2	Manuales de procesos de identificación, manipulación, recogida, almacenamiento y transporte	☐	☐	
2.3	Ambientes iluminados, limpios y ordenados	☐	☐	
2.4	Cuenta con Máquinas (preferentemente con puertas de carga y descarga) equipo funcionando en buen estado	☐	☐	
2.5	Verificación del inventario de la unidad	☐	☐	
2.6	Ambiente de clasificación, entrega y recepción	☐	☐	
2.7	El personal cuenta con ropa de trabajo, identificación y vestuarios	☐	☐	
3	DEPOSITO DE CADÁVERES/MORGUE			
3.1	Paredes y piso limpios, revestidos con material lavable anti deslizante	☐	☐	
3.2	Refrigeradores de cadáveres	☐	☐	
3.3	Mesón revestido de cerámica o azulejos para cadáveres	☐	☐	
3.4	Para los procesos de manejo y traslado se tiene ambientes, accesos y circulación independiente	☐	☐	
4	SALAS DE MÁQUINAS Y MANTENIMIENTO			
4.1	Mesones de trabajo	☐	☐	
4.2	Salas de máquinas y mantenimiento diferenciadas con señaléticas de acceso restringido	☐	☐	
4.3	Personal con ropa de trabajo para el área específica identificada	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 15. Servicios generales: Nutrición y Dietética

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE NUTRICION Y DIETETICA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACION EN INSPECCION				
Nº	NUTRICION Y DIETETICA (establecimientos hospitalarios)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Datos del profesional responsable del servicio de nutrición del Establecimiento de Salud	☐	☐	
2	Listado de personal del servicio: nutricionista-dietista, encargado de almacén, técnicos en gastronomía, cocineros, personal de oficio (con distribución de turnos y horarios)	☐	☐	
3	Disponibilidad de ambientes para las áreas:	☐	☐	
4	Técnica administrativa del servicio	☐	☐	
5	Producción y distribución de alimentos - recepción - almacenamiento: refrigerado, de alimentos no perecibles, artículos no comestibles y residuos - producción y distribución - lavado	☐	☐	
6	Lactario (preparación de fórmulas)	☐	☐	
7	Alimentación enteral	☐	☐	
8	Disposición de desechos	☐	☐	
9	Cocina y comedor	☐	☐	
10	Vestidor con ducha y baño para personal	☐	☐	
11	Ambientes iluminados, pulcros y limpios con ventilación adecuada de acuerdo a norma	☐	☐	

12	Pisos, paredes y mesones recubiertas con material liso que permita el lavado y aplicación de soluciones desinfectantes y desengrasantes	☐	☐	
13	Campana y extractor para vapores en la zona de cocción en buen estado y funcionando correctamente	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 16. Verificación de Sistemas de Soporte y Preinstalación de Equipos Médicos

Categoría	Ítem a verificar	Sí	No	N/A	Observaciones
Energía	Generador de energía de respaldo	☐	☐	☐	
Energía	Sistema UPS (energía ininterrumpida)	☐	☐	☐	
Energía	Sistema eléctrico regulado	☐	☐	☐	
Energía	Tableros eléctricos adecuados	☐	☐	☐	
Energía	Sistema de puesta a tierra	☐	☐	☐	
Energía	Protección contra sobretensiones	☐	☐	☐	
Energía	Tomas eléctricas hospitalarias suficientes	☐	☐	☐	
Agua	Planta de tratamiento de agua	☐	☐	☐	
Agua	Sistema de almacenamiento (tanques/ cisternas)	☐	☐	☐	
Agua	Red de agua potable	☐	☐	☐	
Agua	Sistema de agua purificada	☐	☐	☐	
Agua	Sistema de drenaje/alcantarillado	☐	☐	☐	
Agua	Manejo de aguas residuales hospitalarias	☐	☐	☐	
Climatización	Sistema de climatización general	☐	☐	☐	
Climatización	Aire acondicionado	☐	☐	☐	
Climatización	Control de temperatura y humedad	☐	☐	☐	
Climatización	Ventilación mecánica	☐	☐	☐	
Climatización	Presión positiva/negativa	☐	☐	☐	
Climatización	Filtración HEPA	☐	☐	☐	
Gases	Sistema de gases medicinales	☐	☐	☐	
Gases	Sistema de vacío clínico	☐	☐	☐	
Gases	Aire comprimido medicinal	☐	☐	☐	
Gases	Alarmas de gases medicinales	☐	☐	☐	
Gases	Red de distribución de gases	☐	☐	☐	
Seguridad	Sistema contra incendios	☐	☐	☐	
Seguridad	Detectores de humo	☐	☐	☐	

Seguridad	Alarmas de emergencia	☐	☐	☐	
Seguridad	Señalización de evacuación	☐	☐	☐	
Seguridad	Rutas de evacuación	☐	☐	☐	
Seguridad	Iluminación de emergencia	☐	☐	☐	
Tecnología	Red de datos estructurada	☐	☐	☐	
Tecnología	Conectividad a internet	☐	☐	☐	
Tecnología	Sistemas informáticos hospitalarios	☐	☐	☐	
Tecnología	Sistema de respaldo de datos	☐	☐	☐	
Tecnología	Telefonía interna	☐	☐	☐	
Protección	Blindaje radiológico	☐	☐	☐	
Protección	Control de radiaciones	☐	☐	☐	
Protección	Puesta a tierra especializada	☐	☐	☐	
Protección	Control de interferencias electromagnéticas	☐	☐	☐	
Logística	Acceso para mantenimiento	☐	☐	☐	
Logística	Disponibilidad de repuestos	☐	☐	☐	
Logística	Área de almacenamiento	☐	☐	☐	
Logística	Plan de mantenimiento	☐	☐	☐	

TOTAL, CUMPLIMIENTO: _____

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

Formulario 17 de Verificación de Laboratorio

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE (S) EVALUADOR (ES)				
FECHA DE LA EVALUACIÓN				
VERIFICACIÓN EN INSPECCIÓN				
Nº	CONDICIONES PARA HABILITAR EL SERVICIO DE LABORATORIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	CONDICIONES GENERALES			
1.1	El Tipo y Nivel de complejidad del laboratorio de acuerdo a tipología de Laboratorios de Diagnóstico Clínico (especificar en observaciones)	☐	☐	
1.3	Indicar horario de toma o recepción de muestras	☐	☐	
2	REQUISITOS PROFESIONALES			
2.1	El Laboratorio cuenta con un regente o jefe de laboratorio con posgrado en Gestión de Calidad y Licenciatura en Bioquímica o Bioquímica Farmacéutica.	☐	☐	
2.2	El Laboratorio cuenta con profesionales Bioquímicos con posgrado según especialidad (Según corresponda)	☐	☐	
2.3	El Laboratorio cuenta con Técnicos Superiores de Laboratorio	☐	☐	
2.4	El laboratorio cuenta con Profesional estadístico	☐	☐	
2.5	El Laboratorio cuenta con Personal auxiliar de Laboratorio (secretaria, auxiliar de limpieza, otros)	☐	☐	
2.6	Fotocopia del Título Profesional en Provisión Nacional	☐	☐	
2.7	Fotocopia del Título Profesional Académico	☐	☐	
2.8	Fotocopia del Carnet Identidad (vigente)	☐	☐	

2.9	Fotocopia de Matrícula Profesional y Fotocopia de Registro en el Colegio de Farmacia y Bioquímica	☐	☐	
2.10	Contrato vigente y/o Memorándum de designación de los bioquímicos especialistas	☐	☐	
3	CONDICIONES TÉCNICAS			
3.1	Descripción de la misión y visión del laboratorio	☐	☐	
3.2	El laboratorio cuenta con organigrama y manual de organización y funciones	☐	☐	
3.3	Manuales de laboratorio (, De Calidad, De Bioseguridad, De Toma y Transporte de Muestras.	☐	☐	
3.4	Procedimientos escritos para las pruebas que se realiza (POEs)	☐	☐	
3.5	Participación en el Programa de Evaluación Externa de Calidad - PEEC	☐	☐	
3.6	Sistema de control de calidad interno	☐	☐	
3.7	Gestión de riesgos	☐	☐	
3.8	No conformidades y acciones correctivas	☐	☐	
3.9	Inventario y fichas técnicas de los Equipos	☐	☐	
3.10	Cronograma de mantenimiento y calibración de equipos	☐	☐	
3.11	Inventario de Mobiliario	☐	☐	
3.12	Inventario de Manuales y Bibliografía referencial	☐	☐	
3.13	Inventario de Material de Vidrio y otros Materiales	☐	☐	
3.14	Listado de Exámenes que procesa el laboratorio	☐	☐	
3.15	Libro de Registro de Pacientes	☐	☐	
3.16	Libro de Reporte de Resultados	☐	☐	
3.17	Libro de entrega de resultados	☐	☐	
3.18	Formulario de Producción y Vigilancia Epidemiológica	☐	☐	

3.19	Conformación del comité de investigación	☐	☐	
3.20	Elaboración de un plan de investigación	☐	☐	
3.21	Producción y/o difusión científica (revista científica institucional o participación en publicaciones científicas)	☐	☐	
4	CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA			
4.1	Cuenta con depósito intermedio de residuos de acuerdo a norma vigente	☐	☐	
4.2	El laboratorio cuenta con sala de espera destinada al laboratorio o de uso común	☐	☐	
4.3	El servicio cuenta con baños para pacientes, diferenciado entre varones, mujeres y personas con discapacidad	☐	☐	
4.4	El laboratorio cuenta con área de recepción de muestras	☐	☐	
4.5	El laboratorio cuenta con Ambiente de toma de muestras	☐	☐	
4.6	El laboratorio cuenta con un Área o ambiente administrativo	☐	☐	
4.7	El laboratorio cuenta con el ambiente de procesamiento analítico de muestras separado y diferenciado	☐	☐	
4.8	El ambiente de procesamiento de muestras cumple con las dimensiones mínimas acorde a la cartera de servicios ofertados	☐	☐	
4.9	El laboratorio cuenta con ambiente separado para microbiología	☐	☐	
4.10	El laboratorio cuenta con ambiente separado de preparación de medios para microbiología	☐	☐	
4.11	El laboratorio cuenta con ambiente separado para el área de Biología Molecular mínimamente (área de extracción área de preparación de reactivos, área de amplificación)	☐	☐	
4.12	El laboratorio cuenta con área de lavado de materiales	☐	☐	

4.13	El laboratorio cuenta con un área o ambiente de depósito para almacenamiento de reactivos, materiales e insumos	☐	☐	
4.14	El laboratorio cuenta con duchas de emergencia	☐	☐	
4.15	El laboratorio cuenta con vestidor o casilleros para el personal de laboratorio	☐	☐	
4.16	El laboratorio tiene baños para el personal de laboratorio	☐	☐	
4.17	El laboratorio tiene un área de descanso para el personal de laboratorio, cuando se hacen turnos de guardia	☐	☐	
4.18	El laboratorio tiene cielos lisos, impermeables y lavables, libres de fisura	☐	☐	
4.19	El laboratorio tiene paredes revocadas, lisas, pintadas con material impermeable, libres de fisuras además de cumplir con la curva sanitaria	☐	☐	
4.20	El laboratorio tiene Pisos lisos, lavables, libres de fisuras	☐	☐	
4.21	El laboratorio cuenta con sala de espera destinada al laboratorio o de uso común	☐	☐	
4.22	El laboratorio tiene Puertas y ventanas lavables, que sean seguras y protejan de los vectores	☐	☐	
4.23	El laboratorio cuenta con mesones rígidos de superficies lisas y lavables con ancho de medidas estándar (55-70 cm)	☐	☐	
4.24	El laboratorio cuenta con iluminación natural y artificial adecuada	☐	☐	
4.25	Se cuenta con ventilación adecuada	☐	☐	
4.26	Cuenta con extractor de aire (si aplica)	☐	☐	
4.27	Cuenta con aire acondicionado (si aplica)	☐	☐	
4.28	El laboratorio cuenta con puntos de agua potable en las áreas que correspondan	☐	☐	
4.29	El laboratorio cuenta con instalaciones eléctricas segura y de buena calidad	☐	☐	
4.30	El laboratorio utiliza un tomacorrientes para cada equipo	☐	☐	

4.31	La instalación eléctrica cuenta con línea a tierra	☐	☐	
4.32	El laboratorio cuenta con lavaderos de material impermeable	☐	☐	
4.33	El laboratorio tiene señalización para identificar las diferentes áreas del laboratorio y señalización de acceso restringido a los ambientes del laboratorio	☐	☐	
5	GESTIÓN DE INSUMOS			
5.1	El laboratorio cuenta con un inventario de los reactivos en uso, y de fecha vigente	☐	☐	
5.2	El laboratorio cuenta con fichas de Reactivos en uso con fecha vigente	☐	☐	
5.3	El laboratorio cuenta con reactivos preparados en laboratorio con Identificación y fecha de elaboración	☐	☐	
5.4	El laboratorio cumple las condiciones de almacenamiento indicadas por el fabricante de reactivos	☐	☐	
5.5	El laboratorio cuenta con la lista de reactivos con Registro Sanitario vigente	☐	☐	
5	PRINCIPIOS ETICOS			
5.1	El laboratorio cuenta con un Código de Ética escrito y de conocimiento de todo el personal del laboratorio	☐	☐	
5.2	El Código de Ética manifiesta los principios Éticos del Laboratorio (Instructivos)	☐	☐	

TOTAL CUMPLIMIENTO:

Sistema de Calificación del Formulario: Calcule el porcentaje de cumplimiento utilizando una regla de tres simple, para el efecto considere el cuestionario con todas sus preguntas aplicadas como el 100%

FLUJOGRAMA PARA LA APROBACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS INSTITUTOS DE CUARTO NIVEL

El presente documento desarrolla un flujo propuesto para la aprobación de la cartera de servicios de un instituto de cuarto nivel de salud, considerando que se trata de una figura institucional de alta complejidad cuya rectoría, aprobación y habilitación deben ser conducidas por el nivel central del Estado. En ese marco, se plantea un circuito técnico-administrativo en el cual las direcciones y unidades sustantivas del Ministerio de Salud y Deportes intervienen dentro del ámbito de sus competencias específicas, emitiendo informes técnicos sectoriales por separado, los cuales posteriormente son consolidados en un Informe Técnico Final de Conformidad que sustenta el acto administrativo de aprobación.

A diferencia del circuito ordinario aplicado a establecimientos de segundo y tercer nivel, para un instituto de cuarto nivel se propone que la revisión sea íntegramente ministerial. Por ello, el flujo se organiza en dos niveles de análisis: i) revisión sectorial por dirección o unidad competente; y ii) consolidación técnico-rectora a cargo de la instancia articuladora definida por el Ministerio de Salud y Deportes, con posterior revisión jurídica, registro en el RUES.

Cada Dirección o Unidad técnica competente debe emitir un informe técnico específico según su ámbito de revisión; posteriormente, dichos informes deben ser integrados en un Informe Técnico Final de Conformidad que respalde la aprobación Ministerial de la Cartera de Servicios.

Flujograma detallado con informes sectoriales y consolidación final

PASO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RESULTADO	PLAZO PROPUESTO
1	Elaboración técnica inicial de la cartera de servicios, incluyendo especialidades, subespecialidades, procesos asistenciales, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico, cartera por fases, capacidad instalada, recurso humano, equipamiento y mecanismos de referencia y contrarreferencia.	Instituto de Cuarto Nivel / Dirección General Ejecutiva / Áreas técnicas asistenciales	Cartera de servicios con sustento técnico.	5 días hábiles
2	Remisión formal del expediente técnico al Ministerio de Salud y Deportes, adjuntando cartera, sustento técnico, organigrama funcional, plan de puesta en marcha, requerimiento de RRHH, respaldo de infraestructura, equipamiento y previsión de insumos críticos.	Máxima Autoridad Ejecutiva del Instituto de Cuarto Nivel	Expediente técnico oficialmente ingresado al Ministerio de Salud y Deportes	1 día hábil

3	Recepción, admisión documental y derivación formal del expediente a las direcciones y unidades sustantivas competentes para revisión sectorial.	Despacho / instancia administrativa de recepción del Ministerio de Salud y Deportes	Hoja de ruta y derivación interna formal.	1 día hábil
4	Análisis, y Evaluación del contenido del documento: - Análisis de la cartera de servicios según nivel de complejidad - Evaluación de capacidad resolutoria del establecimiento - Análisis de recursos humanos: cantidad, perfil, especialidades - Organización de servicios hospitalarios: consulta externa, hospitalización, quirófanos, UTI - Evaluación de procesos asistenciales y flujos de atención - Coherencia con producción proyectada y demanda - Plan de puesta en marcha Elaboración de Informe Técnico de viabilidad o elaboración informe con observaciones (según corresponda)	Dirección General de Gestión Hospitalaria (DGGH) , a través de la Unidad de Regulación de Gestión Hospitalaria (URGH)	Informe técnico de la Unidad de Regulación de Gestión Hospitalaria (URGH) sus Unidades dependientes	4 días hábiles
5	Análisis, y Evaluación del contenido del documento: Revisión de infraestructura y equipamiento, verificación de ambientes asistenciales, funcionalidad arquitectónica, correspondencia entre cartera propuesta y capacidad instalada, equipamiento médico esencial, gradualidad de habilitación y necesidades de adecuación. Elaboración de Informe Técnico de viabilidad o elaboración informe con observaciones (según corresponda) y remitir a la DGGH	Dirección General de Gestión Hospitalaria, a través de la Unidad de Regulación de Infraestructura Equipamiento y Tecnología (URIEyT)	Informe técnico de la Unidad de Infraestructura, equipamiento y Tecnología (URIEyT)	4 días hábiles

7	Análisis, y Evaluación del contenido del documento: Revisión de financiamiento y alcance prestacional y remisión de Informe Técnico: análisis de correspondencia con prestaciones financiadas, sostenibilidad operativa, compatibilidad En el marco del Sistema Nacional de Salud y determinación de implicancias para la cobertura y gestión del financiamiento. Emisión de informe técnico. Elaboración de Informe Técnico de viabilidad o elaboración informe con observaciones (según corresponda) y remitir a la DGGH	Dirección General del Sistema Nacional de Salud	Informe técnico de la Dirección Sistema Único Nacional de Salud	3 días hábiles
8	Análisis, y Evaluación del contenido del documento: Revisión de consistencia con la planificación institucional y sectorial, verificando que la cartera de servicios propuesta se encuentre alineada con los lineamientos estratégicos del Ministerio de Salud y Deportes, la programación institucional, la implementación progresiva por fases, las metas y prioridades sectoriales, así como con los instrumentos de planificación vigentes Elaboración de Informe Técnico de viabilidad o elaboración informe con observaciones (según corresponda) y remitir a la DGGH	Dirección General de Planificación	Informe técnico de la Dirección General de planificación.	3 días hábiles
9	Análisis, y Evaluación del contenido del documento: Revisión de articulación en red: análisis de vinculación con la red de servicios, flujos de referencia y contrarreferencia, complementariedad con otros niveles de atención, y criterios de integración funcional con la red pública. Elaboración de Informe Técnico de viabilidad o elaboración informe con observaciones (según corresponda) y remitir a la DGGH	Dirección de Redes de Servicios de Salud	Informe técnico de la Dirección Redes de Servicios de Salud.	3 días hábiles

11	Consolidación de los informes Técnicos y revisión final integral del expediente subsanado, determinando conformidad técnica, conformidad condicionada por fases o necesidad de nuevo ajuste mayor. Emisión del Informe Técnico Final de Conformidad.	Dirección General de Gestión Hospitalaria, como instancia articuladora técnica, con base en los informes sectoriales emitidos	Informe Técnico Final de Conformidad.	3 días hábiles
12	Revisión de legalidad, competencia, elaboración del instrumento jurídico-administrativo correspondiente para la aprobación de la cartera de servicios.	Unidad Jurídica / instancia jurídico-administrativa competente del Ministerio de Salud y Deportes	Proyecto de Resolución Ministerial.	2 días hábiles
13	Aprobación formal de la cartera de servicios del instituto de cuarto nivel, definiendo alcance, fases de implementación, condiciones de vigencia y demás previsiones pertinentes.	Autoridad competente del Ministerio de Salud y Deportes	Acto administrativo de aprobación.	2 días hábiles
14	Registro oficial de la cartera aprobada y de los servicios autorizados en el Registro Único de Establecimientos de Salud (RUES).	Ministerio de Salud y Deportes / instancia administradora del registro que corresponda	Cartera de Servicios registrada en el RUES.	1 día hábil
15	Comunicación oficial, habilitación operativa e inicio de seguimiento técnico de la implementación por fases, con verificación periódica del cumplimiento de la cartera aprobada.	Ministerio de Salud y Deportes + Instituto de Cuarto Nivel	Notificación, habilitación y monitoreo de cumplimiento.	Continuo

3. Criterio operativo para la emisión de informes

Para fines de orden y trazabilidad, se recomienda que cada dirección o unidad técnica emita su informe en forma independiente, señalando con claridad: objeto de revisión, criterio técnico aplicado, observaciones, conclusiones y recomendación. La ausencia de cualquiera de estos informes impide la consolidación técnica integral del expediente.