



JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA
FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



| | |
|--------------------------------|---|
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
| CLINICAS MEDICAS ASISTENCIALES | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA |

EL PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO EQUIVALE AL 95% PARA LOS REQUISITOS CRÍTICOS Y AL 75% PARA LOS REQUISITOS MAYORES

Nombre del establecimiento: _____
Dirección del establecimiento: _____
Nombre del propietario/representante legal/apoderado: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Nombre del regente del establecimiento: _____
Horario de servicio del regente: _____
Fecha Inspección: _____
Tipo de Inspección: _____

PRIMERA INSPECCION
SEGUNDA INSPECCION

| REQUERIMIENTO GENERAL N° 1 | | | | DESCRIPCIÓN | | | |
|----------------------------|----------------|-------------|--------------------------------------|---|----|-----------|---------------|
| OFERTA DE SERVICIOS | | | | El establecimiento deberá tener definida su oferta de servicio. | | | |
| N° | REQUERIMIENTOS | ESPECÍFICOS | CLASIF. | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIONES |
| | | | | SI | NO | NO APLICA | |
| | | | | | | | |
| Total | 1 | | Requerimientos especificos evaluados | 0 | | | |

RECOMENDACIONES INSPECCIÓN

| REQUERIMIENTO GENERAL N° 2 | | | | DESCRIPCIÓN | | | |
|----------------------------|----------------|---------------------------|---------|--------------|----|--|---------------|
| RECURSOS HUMANOS | | | | | | | |
| N° | REQUERIMIENTOS | ESPECÍFICOS | CLASIF. | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIONES |
| | | | | SI | NO | | |
| 1 | 1.01 | Recursos de enfermería. | CRITICO | | | | |
| | 2.01 | | CRITICO | | | | |
| | | Autorización para ejercer | | | | | |



JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA
FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



| | |
|---------------------------------------|--|
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
| CLINICAS MEDICAS ASISTENCIALES | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA |

| | | | | | | | | |
|-------|------|---|--|---------|---|--|--|--|
| 2 | 2.02 | De la autorización para ejercer. | Solvencia de su anualidad | CRITICO | | | | |
| | 2.03 | | Carné vigente | CRITICO | | | | |
| | 2.04 | | Registro de firma y sello en el libro de la Junta respectiva | CRITICO | | | | |
| 3 | 3.01 | Supervisión del personal de enfermería. | Cuando aplique, deberán contar con personal de enfermería de un grado académico superior al del recurso con el que cuentan quien ejercerá la supervisión cada dos semanas. | MAYOR | | | | |
| Total | 1 | | Requerimientos específicos evaluados | | 0 | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| RECOMENDACIONES INSPECCIÓN | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| REQUERIMIENTO GENERAL N° 3 | | | | DESCRIPCIÓN | | | | |
|----------------------------|----------------|---|---|--------------|----|--|--|---------------|
| ESTRUCTURA FÍSICA | | | | | | | | |
| N° | REQUERIMIENTOS | REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS | CLASIF. | CUMPLIMIENTO | | | | OBSERVACIONES |
| | | | | SI | NO | | | |
| 1 | 1.01 | Área para trabajo Administrativo. | Deberá tener un área en la cual el personal realice su trabajo administrativo, la cual podrá ser compartida | MAYOR | | | | |
| 2 | 2.01 | Baño completo para usuarios y/o personal. | Servicios sanitarios y/o ducha, con rotulación adecuada que guíe al usuario. | CRITICO | | | | |
| | 2.02 | | Puede estar ubicado dentro o fuera del consultorio. | CRITICO | | | | |



JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA
FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | | | | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION | | | | |
|--|------|--|---|---|--|--|--|--|
| CLINICAS MEDICAS ASISTENCIALES | | | | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA | | | | |
| 3 | 3.01 | Iluminación. | En cada área además de iluminación natural, debe contar con luz artificial (blanca o amarilla). | CRITICO | | | | |
| 4 | 4.01 | Ventilación. | Cada área debe contar con ventilación natural y/o artificial. | CRITICO | | | | |
| LOS SIGUIENTES REQUERIMIENTOS DEBERAN CUMPLIRSE CUANDO DE ACUERDO AL PORTAFOLIOS DE SERVICIOS APLIQUE | | | | | | | | |
| 5 | 5.01 | Área para la medición de los signos vitales y medidas antropométricas. | Deberá estar especificado el lugar en el cual a los usuarios se les tomaran los signos vitales y las medidas antropométricas. | CRITICO | | | | |
| 6 | 6.01 | Área para el lavado de material y equipo. | Deberá existir un área en la cual se realice el lavado del material y equipo utilizado, esta deberá estar cerrada. | CRITICO | | | | |
| | 6.02 | | Contar con doble poseta (o dos lavabos) debidamente identificados, uno para lavar el material sucio y otro para el material contaminado. Cumpliendo Las Normas de Bioseguridad. | CRITICO | | | | |
| | 6.03 | | Esta deberá estar aislada del área de procedimientos, a excepción de aquellas clínicas que usan material descartable. | CRITICO | | | | |
| 7 | 7.01 | Cubículo de procedimientos | Deberá contar con un cubículo con puerta para la realización de procedimientos. | CRITICO | | | | |
| | 7.02 | | Debera contar con un lavamanos. | CRITICO | | | | |
| | 8.01 | | Debe contar con un espacio para el almacenamiento temporal de los desechos Bioinfecciosos | CRITICO | | | | |
| | 8.02 | | Este espacio debe estar separado del área de circulación general. | CRITICO | | | | |



JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA
FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



| | |
|---------------------------------------|--|
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
| CLINICAS MEDICAS ASISTENCIALES | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA |

| | | | | | | | | |
|-------|------|--|---|---------|---|--|--|--|
| 8 | 8.03 | Área de almacenamiento de Desechos Bioinfecciosos. | Deberá estar techado | CRITICO | | | | |
| | 8.04 | | Ubicada donde no haya riesgo de inundaciones | CRITICO | | | | |
| | 8.05 | | Las paredes deberán ser lisas, lavables. | CRITICO | | | | |
| | 8.06 | | Las uniones deberán ser con acabados de media caña. | CRITICO | | | | |
| Total | 1 | | Requerimientos específicos evaluados | | 0 | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| RECOMENDACIONES INSPECCION | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| REQUERIMIENTO GENERAL N° 4 | | | | DESCRIPCIÓN | | | | |
|-----------------------------------|----------------|----------------------------|---------|--------------------|----|--|--|---------------|
| RECURSOS MATERIALES | | | | | | | | |
| N° | REQUERIMIENTOS | REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS | CLASIF. | CUMPLIMIENTO | | | | OBSERVACIONES |
| | | | | SI | NO | | | |

LOS SIGUIENTES REQUERIMIENTOS DEBERAN CUMPLIRSE CUANDO DE ACUERDO AL PORTAFOLIOS DE SERVICIOS APLIQUE

| | | | | | | | | |
|--|------|--|---------|--|--|--|--|--|
| | 1.01 | Mesa en la cual se ubicara el material | CRITICO | | | | | |
| | 1.02 | Estetoscopio | CRITICO | | | | | |
| | 1.03 | Tensiómetro | CRITICO | | | | | |
| | 1.04 | Termómetros. | CRITICO | | | | | |



JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA
FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION | | | | | |
|--------------------------------|------|---|--|---------|--|--|--|
| CLINICAS MEDICAS ASISTENCIALES | | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA | | | | | |
| 1 | 1.05 | Equipo para la medición de signos vitales y medidas antropométricas | 3 vasijas arriñonadas para la desinfección de los termómetros (<i>se omite si los termómetros son digitales</i>) | CRITICO | | | |
| | 1.06 | | Bascula para adultos | CRITICO | | | |
| | 1.07 | | Papel para aislamiento de báscula | CRITICO | | | |
| | 1.08 | | Bascula pediátrica | CRITICO | | | |
| | 1.09 | | Infantometro | CRITICO | | | |
| | 1.1 | | Tallimetro | CRITICO | | | |
| 2 | 2.01 | Área para lavado de material y equipo | Guantes | CRITICO | | | |
| | 2.02 | | Lentes Protectores | CRITICO | | | |
| | 2.03 | | Mascarilla | CRITICO | | | |
| | 2.04 | | Delantal Plástico | CRITICO | | | |
| | 2.05 | | Detergentes | CRITICO | | | |
| Total | 1 | | Requerimientos especificos evaluados | 0 | | | |



JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA
FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



| | |
|--------------------------------|---|
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
| CLINICAS MEDICAS ASISTENCIALES | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA |

| |
|----------------------------|
| RECOMENDACIONES INSPECCION |
| |

| | | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------------------|---------|--------------|---------------|
| REQUERIMIENTO GENERAL N° 5 | DESCRIPCIÓN | | | | |
| DOCUMENTACION. | | | | | |
| N° | REQUERIMIENTOS | REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS | CLASIF. | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
| | | | | SI | NO |

LOS SIGUIENTES REQUERIMIENTOS DEBERAN CUMPLIRSE CUANDO DE ACUERDO AL PORTAFOLIOS DE SERVICIOS APLIQUE

| | | | | | | | | |
|-------|------|--|---|---------|---|--|--|--|
| 1 | 1.01 | Plan de actividades mensuales de trabajo. (Cuando aplique) | Deberán presentar la copia de la propuesta del plan que contenga las actividades que durante los días del mes los recursos de enfermería realizaran | CRITICO | | | | |
| 2 | 2.01 | Plan de asignaciones. (Cuando aplique) | Deberán presentar la copia del plan de asignaciones, que defina la responsabilidad de cada recurso de enfermería en las diferentes áreas o actividades (aplica si hay más de un recurso) | CRITICO | | | | |
| 3 | 3.01 | Programa de supervisión y monitoreo. (Cuando aplique) | Deberán presentar la copia del programa que refleje quien será el recurso encargado de supervisar y monitorear el desempeño de enfermería, este además albergara los instrumentos a utilizar y el calendario para la supervisión (Este requerimiento será aplicable en los casos que el recurso que desarrollara los diversos procedimientos no posea el grado académico de licenciada en enfermería) | CRITICO | | | | |
| 4 | 4.01 | Manual de procedimientos de enfermería. (Cuando aplique) | Deberán presentar un manual que contenga el detalle de cómo se realizaran los diferentes procedimientos de enfermería que serán realizados, el cual deberá estar actualizado y avalado por el Regente del establecimiento, dicho documento deberá ser acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud o al Instituto Salvadoreño del Seguro Social. | CRITICO | | | | |
| 5 | 5.01 | Carta Compromiso de Servicios de Esterilización de Material. (Cuando aplique) | Este documento garantizará el proceso de esterilización por parte de la Institución que corresponda. (Esto aplica si dentro del establecimiento no realizarán el procedimiento de esterilización del material) | CRITICO | | | | |
| Total | 1 | | Requerimientos específicos evaluados | | 0 | | | |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA
FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| | |
|--------------------------------|--|
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCIÓN |
| CLINICAS MEDICAS ASISTENCIALES | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA |

| |
|-----------------------------------|
| RECOMENDACIONES INSPECCIÓN |
| |

| | |
|---|-------------------|
| CAMPO DE FIRMAS | INSPECCIÓN |
| PROPIETARIO / REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO | Nombre y firma |
| INSPECTOR | Nombre y firma |

| | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| INSPECTOR | PUNTAJE ALCANZADO | |
| | INSPECCIÓN | |
| | 0% | |
| | Req. Críticos | APROBADO (FIRMA Y SELLO) |
| | 0% | |
| Nombre de Inspector | Req. Mayores | DENEGADO (FIRMA Y SELLO) |