|  |
| --- |
| Código de registro:  (uso exclusivo de la UTC) |

1. **DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRE-CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y CONDICIONES DE SERVICIO.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dependencia (miembro del SNIS): |  | | |
| Nivel de atención:  (Para establecimientos privados, ver guía del usuario para poder completar.) | Primer nivel de atención | Segundo nivel de atención | Tercer nivel de atención |
| Nombre del establecimiento: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Número de inscripción del establecimiento ante el CSSP (si es establecimiento privado): | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Dirección del establecimiento: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Municipio: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Departamento: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Horario de atención: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Teléfono: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Correo electrónico: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Sitio web: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Nombre de Propietario/ Representante legal: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Nombre de Director/Administrador: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Nombre del Regente (en caso de ser establecimiento privado) | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| ¿Posee alguna certificación/acreditación previa? | SI  NO | | |
| Si la respuesta es afirmativa, especifique el alcance y el nombre del ente que otorgo dicha certificacion/acreditación.  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |

1. **SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDA EL ESTABLECIMIENTO.**

|  |
| --- |
| **Instrucciones de llenado**  Mencione todos los servicios de salud que brinda a los usuarios en su establecimiento, colocando una “X” en la respectiva columna, indicando si son propios o sub contratados.  Por ejemplo: Pediatría, cirugía, odontología, atención psicológica, vacunación etc. (agregue la cantidad de filas que sean necesarias): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVICIOS BRINDADOS** | **PROPIO** | **SUBCONTRATADO** |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |  |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |  |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |  |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |  |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |  |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |  |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |  |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |  |

1. **COMITÉS QUE ESTÁN CONFORMADOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**.

|  |
| --- |
| **Instrucciones de llenado**  Mencione todos los comités que están conformados en su establecimiento, los cuales están relacionados con la atención sanitaria, teniendo como definición: son los equipos multidisciplinarios, que se desempeñan en las instituciones prestadoras de salud; su función principal es la de asesorar, apoyar y formular recomendaciones sobre los aspectos de los establecimientos de salud. Ejemplo: Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, Comité de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, entre otros. (agregue la cantidad de filas que sean necesarias): |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMITÉS QUE ESTÁN CONFORMADOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD** | |
| **N°** | **NOMBRE DEL COMITÉ** |
| [No] | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| [No] | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

1. **DATOS DEL SERVICIO DE SALUD A CERTIFICAR.**

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio de salud a certificar: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Responsable del servicio: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Número de inscripción del responsable del servicio, ante la junta de vigilancia respectiva: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Teléfono: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

1. **DATOS DEL RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del responsable: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Teléfono: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

1. **DATOS GENERALES DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO BRINDADO.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de cubículos para brindar la atención del servicio de salud a certificar: | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |
| Promedio de atenciones por día del servicio de salud a certificar: | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |
| Profesionales de la salud involucrados en el servicio de salud a certificar, especifique el nombre del profesional con su respectivo título y funciones desempeñadas (agregue la cantidad de filas que sean necesarias): | | | |
| N° | Nombre del profesional | Título | Funciones desempeñadas |
| [No] | [nombre] | [titulo] | [funciones] |
| [No] | [nombre] | [titulo] | [funciones] |
| [No] | [nombre] | [titulo] | [funciones] |
| [No] | [nombre] | [titulo] | [funciones] |
| [No] | [nombre] | [titulo] | [funciones] |
| [No] | [nombre] | [titulo] | [funciones] |

1. **CAMBIOS EN EL SERVICIO CERTIFICADO (SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS EN PROCESO DE RE-CERTIFICACIÓN)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estructura organizativa** | **Adquisición de nuevo equipo** | | **Ubicación del establecimiento** | **Cambios en la oferta del servicio** | | **Cambio de Director/Administrador** |
| SI  NO | SI  NO | | SI  NO | SI  NO | | SI  NO |
| **Cambios en el personal involucrado en el servicio** | **Actualización de la documentación** | | **Cambios en la infraestructura del establecimiento** | **Cambios en la conformación de comités** | | **Otros** |
| SI  NO | SI  NO | | SI  NO | SI  NO | | SI  NO |
| Si se han llevado a cabo cambios en el establecimiento y en el servicio certificado, favor especificar:  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | |
| Vigencia del servicio certificado: | | Fecha de inicio | | | Fecha de finalización | |
| 28/8/2023 | | | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | |
| Alcance del servicio certificado: | | Describa el alcance de la certificación obtenida:  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | |
| ¿Existen cambios en el alcance del servicio certificado?  SI  NO  Si la respuesta es afirmativa, describa cuales son los cambios en el alcance del servicio a re-certificar:  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | |

1. **CONDICIONES DE SERVICIO DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD.**

|  |
| --- |
| **CONDICIONES DE SERVICIO DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD PARA LA CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.** |
| 1. **Propiedad y administración del proceso de certificación de servicios de salud en establecimiento.** |
| El Consejo Superior de Salud Pública es el ente encargado de evaluar la calidad de los servicios de salud a través de la Unidad Técnica de Certificación de Servicios de Salud y de otorgar la certificación correspondiente a aquellos establecimientos de salud cuyos servicios cumplan con los estándares de calidad. |
| 1. **Alcance de las condiciones de servicio de evaluación de calidad.** |
| El servicio brindado por la Unidad Técnica de Certificación de Servicios de Salud estará basado en la información declarada en el presente formulario; cualquier cambio en los datos declarados por el usuario significará cambios en la oferta y condiciones del servicio.  El Consejo Superior de Salud Pública, se compromete a brindar el siguiente servicio:   1. PRE-CERTIFICACIÓN:  * Evaluación de los requisitos documentales de pre-certificación.  1. CERTIFICACIÓN:  * Evaluación de certificación in situ. * Otorgamiento de la certificación correspondiente, en caso de cumplimiento. * Evaluaciones periódicas de seguimiento a la certificación otorgada (costo adicional).  1. RE-CERTIFICACIÓN:  * En caso de aplicar a la re-certificación de servicio de salud, se llevarán a cabo todas las actividades contempladas en la etapa certificación. |
| 1. **Costos del proceso de certificación de servicios de salud.** |
| Los aranceles por los servicios de certificación y re-certificación, serán cancelados por el usuario una vez aceptada la cotización, previo al inicio de la evaluación de calidad.  Este arancel varía dependiendo de las especificaciones del servicio a certificar.  Nota: una vez iniciado el proceso de certificación de servicios de salud no se hará devolución del monto cancelado en concepto de arancel. |
| 1. **Gestión de la imparcialidad y confidencialidad.** |
| El Consejo Superior de Salud Pública, a través de la Unidad Técnica de Certificación y Auditoria de Servicios de Salud (UTCA), se compromete a mantener en completa confidencialidad toda la información obtenida durante el proceso de evaluación de calidad de los servicios realizadas en los establecimientos de salud; así como a brindar un servicio imparcial y transparente a los usuarios.  Sin embargo, el Consejo estará obligado a colaborar con las autoridades estatales competentes cuando por ley sea requerido.  Todo el personal del CSSP involucrado en el proceso de certificación de servicios de salud no podrá aceptar dadivas. |
| 1. **Condiciones especiales.** |
| El responsable del servicio a certificar, deberá proveer a la Unidad Técnica de Certificación y Auditoría de Servicios de Salud, toda la información que sea necesaria para realizar la evaluación de calidad, así mismo, deberá proveer los insumos de protección personal necesarios acordes al servicio evaluado.  El establecimiento debe delegar al personal que atenderá la evaluación y brindar acceso a documentos, registros, instalaciones, procedimientos, entrevistas, y toda la información que el equipo evaluador considere necesaria para verificar el cumplimiento del estándar y consignar la evidencia correspondiente, debiendo proporcionar el representante del servicio las facilidades y condiciones necesarias al equipo para el desarrollo de sus funciones. Los evaluadores facultados por el CSSP, podrán tomar fotografías con objeto de incorporarlas como evidencia en el informe final de evaluación. |
| 1. **Restricciones.** |
| Se podrá reprogramar la evaluación de calidad en los siguientes casos:   * Cuando el responsable del servicio a certificar lo solicite por medio de un escrito o por los medios electrónicos correspondientes, con al menos 3 días de anticipación de la evaluación a la UTCA. Dicha solicitud deberá estar debidamente justificada, para los efectos correspondientes. * En caso fortuito o de fuerza mayor.   Se podrá suspender la evaluación de calidad en los siguientes casos:   * Cuando en la evaluación in situ exista una falta de respeto manifiesta hacia los evaluadores. * En caso de catástrofe o desastres naturales. * En caso que el establecimiento desista en continuar el proceso de certificación de servicios de salud. |
| 1. **Obligaciones durante la evaluación de calidad para la certificación de servicio de salud.** |
| * Con el fin de realizar una evaluación de calidad satisfactoria y cumplir con los tiempos pactados, el responsable del servicio de salud a certificar,se compromete a facilitar el tiempo necesario al evaluador designado, así como al personal que estará presente durante el desarrollo de la misma, sin interrupciones ni atrasos. * El servicio de salud a certificar deberá cumplir con el 100% de los requerimientos indispensables, con el 80% de los requerimientos necesarios y con el 60% de los requerimientos convenientes, para poder aprobar la certificación del servicio solicitado. * El responsable del servicio de salud a certificarse compromete a proteger la integridad y salud del evaluador dentro de las instalaciones del establecimiento. * El evaluador del Consejo Superior de Salud Pública deberá prevenir posibles daños a su salud e integridad durante el desarrollo de la evaluación. * El responsable del servicio de salud a certificar debe firmar y sellar los documentos correspondientes según indicación del evaluador. * El responsable del servicio de salud a certificar debe conocer y cumplir con todas las disposiciones requeridas en el proceso de certificación divulgadas en la página web del Consejo Superior de Salud Pública. |

1. **DECLARACIÓN DE VERACIDAD, FIRMA Y SELLO DEL ESTABLECIMIENTO.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Declaro que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y acepto las condiciones de servicio establecidas. | | |
| Nombre: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Sello establecimiento |
| N° DUI: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Fecha: | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| Firma | |

1. **PARA USO DE UNIDAD TÉCNICA DE CERTIFICACIÓN Y AUDITORÍA DE SERVICIOS DE SALUD (No llenar)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de quien recibe: |  | Sello UTCA |
| Fecha de recepción: |  |
| Firma | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versión** | **Fecha** | **Descripción y/o ítems modificados** |
| 01 | Mayo 2022 | Creación del documento |
| 02 | Junio 2023 | Se actualizó el nombre de la Unidad |