**FORMULARIO 002.COR**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO** |

|  |
| --- |
| Nombre/Razón Social: |
| Dirección: |
| Teléfonos: |
| Correo electrónico:  |
| Ciudad: Provincia: |
| Nombre de Máxima Autoridad: |
| N° Permiso de funcionamiento: |
| Categoría: Red Pública integral de Salud: Red Privada Complementaria: |
| Acreditación: Re acreditación:  |

|  |
| --- |
| **2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** |

IMPORTANTE: : En el caso de re acreditación, es necesario enviar únicamente la documentación que haya perdido vigencia así como DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERAN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.

|  |
| --- |
| **2.1. LIDER DEL EQUIPO DE TRASPLANTES** |

|  |
| --- |
| Nombre: |
| N° de Registro SENESCYT:  |
| Especialidad: |
| Dirección: |
| Teléfonos: |
| Correo electrónico: |

|  |
| --- |
| **2.2. PERSONAL DE SALUD DEL EQUIPO DE TRASPLANTES****(Formulario 003 y sus respaldos por cada profesional)** |

**El equipo de trasplante de córneas deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Profesional** |
| 1 | Médico Oftalmólogo. |
| 1 | Médico Anestesiólogo |
| 1 | Enfermera  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Especialidad | Función |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **2.3. SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:** **ANEXO 1 (más detalle)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **SERVICIOS FINALES :**  |  |  |
| 1. Consulta externa |  |  |
| 2. Seguimiento de Pacientes |  |  |
| 3. Medicina Preventiva |  |  |
| 4. Saneamiento Ambiental  |  |  |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS:**  |  |  |
| 5. Bloque quirúrgico  |  |  |
| 6. Esterilización |  |  |
| 7. Anestesia |  |  |
| 8. Farmacia |  |  |
| 9. Enfermería |  |  |
| 10. Recuperación |  |  |
| 11. Laboratorio (opcional) |  |  |
| 12. Docencia no universitaria |  |  |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:** |  |  |
| 13. Dirección |  |  |
| 14. Administración |  |  |
| 15. Servicios Generales |  |  |
| 16. Mantenimiento |  |  |

|  |
| --- |
| **2.4 MEDICAMENTOS, MATERIALES, EQUIPOS, INSUMOS CLÍNICOS, E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECURSOS MATERIALES** | **SI** | **NO** |
| 1. Información detallada de las características, disponibilidad y cálculo de necesidades anuales de:
2. Materiales
3. Insumos
4. Equipos e instrumental quirúrgico
 |  |  |
| 1. Listado de medicamentos de acuerdo a los protocolos del programa de trasplante, existencias y planificación de compras.
 |  |  |
| 1. Registro de mantenimiento de los equipos acorde al programa de trasplante (plan de mantenimiento anual preventivo y correctivo)
 |  |  |

|  |
| --- |
| **2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **NA** |
| 1. Formulario 001. “Solicitud de acreditación”
 |  |  |  |
| 1. Formulario 002.COR “Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante de córneas”
 |  |  |  |
| 1. Permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud.
 |  |  |  |
| 1. Copia del Acto jurídico de creación de la Entidad solicitante o copia simple de la Escritura de Constitución en caso de tratarse de una compañía.
 |  |  |  |
| 1. Copia del Registro Único de Contribuyentes;
 |  |  |  |
| 1. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente.
 |  |  |  |
| 1. Esquema organizacional del equipo de trasplante según el manual de acreditación del INDOT.
 |  |  |  |
| 1. Documento que certifique que el establecimiento de salud cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad.
 |  |  |  |
| 1. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por el establecimiento de salud con su análisis respectivo por ejemplo principales avances y problemas. (EN CASO DE REACREDITACION)
 |  |  |  |
| 1. Perfil epidemiológico del establecimiento de salud
 |  |  |  |
| Se verificara la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a Inspeccionar.  |  |  |  |

**En………………………………………, a ………… de ………………………….del ……………**

|  |
| --- |
| **Nombre, firma y sello del Director Médico del Establecimiento de Salud** |
|  |
| **Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento de Salud**  |
|  |