

"NOMBRE DEL AÑO APROBADO OFICIAL"

# **ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA UPSS/SMA.....**

Fecha y hora de la Visita:

Fecha de Inicio: .....

Hora de Inicio : .....horas

Fecha de Término: .....

Hora de Término: .....horas

## **a) DATOS GENERALES**

Denominación/Nombre IPRESS/UPSS/SMA	
Dirección	
Tipo	Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Nombre del director médico/responsable legal, CMP/RNE/DNI	
Ubicación de la IPRESS/UPSS/SMA (piso)	

## **b) DATOS DEL PERSONAL AL MOMENTO DE LA VERIFICACIÓN SANITARIA**

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO	N.º DNI
01				
02				
03				
04				

A quien(es) se le explica el motivo de la visita de verificación sanitaria, efectuada por las siguientes personas designadas y autorizadas por la Dirección Regional de Salud Junín:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO	DNI
01				
02				
03				

Para el desarrollo, se aplica la **Lista de Verificación Sanitaria, de la Unidad Productora de Servicios de Salud/Servicio Médico de Apoyo**....., en el marco legal del Decreto supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo", (otras normas técnicas vigentes afines a la verificación sanitaria a efectuar).....

Efectuada la vista de Verificación Sanitaria, en el marco de las atribuciones que le confieren como Autoridad Regional de Salud Junín, establecidos en la Ley General de salud y normativas de salud vigentes, se manifiestan los siguientes hallazgos:

.....  
FIRMA Y SELLO  
RESPONSABLE LEGAL/DIRECTOR MÉDICO/REPRESENTANTE  
DE LA IPRESS/UPSS/SMA



"NOMBRE DEL AÑO APROBADO OFICIAL"

**MÓDULO DE INFRAESTRUCTURA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**MÓDULO DE EQUIPAMIENTO**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**MÓDULO DE RECURSOS HUMANOS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**MÓDULO DE ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
FIRMA Y SELLO  
RESPONSABLE LEGAL/DIRECTOR MÉDICO/REPRESENTANTE  
DE LA IPRESS/UPSS/SMA

FIRMAS Y SELLOS EQUIPO TECNICO VERIFICACION SANITARIA



"NOMBRE DEL AÑO APROBADO OFICIAL"

**COMENTARIOS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En señal de conformidad y constancia de las acciones realizadas en la Verificación Sanitaria, firman el presente los siguientes:

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR/RESPONSABLE LEGAL/REPRESENTANTE DE LA IPRESS/UPSS/SMA



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN

*MC. Darío J. Esteban Quispe*  
C.M.P. 75576  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD JUNÍN



FIRMA Y SELLO DE REPRESENTANTES DE LA DIRESA JUNIN

