

FORMULARIO PARA INSPECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS DEL OPERADOR DE VACUNACIÓN

PPC

AFTOSA

Razón social _____

I. INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre de la Unidad Operativa: _____
2. Nombre del Operador de Vacunación al que pertenece _____
3. Provincia: _____ 4. Cantón: _____ 5. Parroquia: _____
6. Dirección: _____ 7. Localización (UTM) X: _____ Y: _____
8. Teléfonos: _____
9. E - mail _____
10. Tipo de operador: Público _____ Privado _____

II. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD OPERATIVA

1. Responsable de la Unidad Operativa: _____
2. Secretario /Digitador _____
3. Veterinario Responsable _____

III. COMPONENTE PRINCIPAL (Almacenamiento de la Vacuna)

	Cadena de Frío	Cumple	No Cumple
1	*Posee un sistema de refrigeración funcional (2-8 °C) I		
2	*Mantenimientos al día del sistema de refrigeración (Documento que habiliten los últimos mantenimientos al día)		
3	*Dispone de termo registrador con lecturas históricas de 30 a 60 días mínimo de su capacidad de almacenamiento		
4	*Termo registrador calibrado (Documento que habiliten los últimos mantenimientos al día)		
5	*Posee regulador de voltaje funcional		
6	*Posee generador eléctrico con combustible suficiente para 24 horas (evidenciar su funcionalidad al momento de la inspección)		
7	*Capacidad de almacenamiento suficiente acorde al proceso de vacunación		
8	*Posee Plan de Contingencia escrito para el control de cadena de frío		
9	*Existe personal capacitado para el control y seguimiento a la cadena de frío		
10	*Posee sistema de congelación funcional		
11	*Uso exclusivo para biológico en sistema de refrigeración		

* Si no cumple se descalifica de manera automática

IV. COMPONENTE SECUNDARIO (Instalaciones)

	Infraestructura	Cumple	No Cumple
12	*Tiene oficina propia o arrendada		
13	*La oficina está ubicada estratégicamente en relación a vías de primer orden		
14	Instalaciones en buen estado y se facilitan la limpieza		
15	*Existencia de servicios básicos (luz, agua, teléfono, internet)		
16	*En el interior no funciona con otros negocios		
17	Presentación buena fachada		
18	Seguridad contra robo		
19	* Área adecuada y específica para almacenamiento de equipos e insumos para la vacunación (bodega)		
20	Orden y limpieza adecuada al momento de la inspección		
21	*Posee baño en buenas condiciones y funcionando		
22	*Posee mobiliario para la realización normal de actividades		
23	*Posee área para reuniones semanales con brigadistas		

24	Está equipado con extintor cargado de CO2 de al menos 5 lb, con vigencia de uso durante el tiempo de la fase		
25	Plan de mantenimiento escrito de equipos (computador, congelador, refrigerador, generador)		

V. COMPONENTE SECUNDARIO (Administración)

	Documentación y Sistema Informático	Cumple	No Cumple
26	Archivos ordenados e identificados		
27	Espacio adecuado y etiquetado para almacenamiento de Archivos		
28	Plan de Trabajo escrito para ciclo de vacunación		
29	Plan escrito de Medidas de Bioseguridad frente a COVID-19		
30	Computador con Sistema Operativo (mínimo Windows 10)		
31	Impresora en funcionamiento		
32	Antivirus actualizado		
33	Acceso a Internet con velocidad del Servicio (mínimo 2.5Mbps)		
34	*Existe vínculo con el personal de la Agencia		
35	*En caso de haber sido Operadora con la Agencia no ha tenido algún incumplimiento del último contrato		

* Si no cumple se descalifica de manera automática.

* Si usted no declara que tiene algún tipo de vínculo con el personal de la Agencia y si se comprueba que si, queda automáticamente descalificado del proceso y se someterá de acuerdo a la sanción en base a la normativa legal vigente.

PUNTAJE TOTAL /100

Para calificar la Unidad Operativa debe cumplir con al menos el 80% del puntaje

VI. RESULTADO DE LA INSPECCION Y CALIFICACIÓN

Aprobado ☐ Negado ☐

Observaciones: _____ Firma Técnico Responsable Operadora

Firma _____

Nombre:

Representante de la Unidad Operativa

Firma _____

Nombre:

Técnico de la Agencia que realizó la inspección