

FORMULARIO PARA INSPECCIÓN DE OPERADOR Y UNIDADES OPERATIVAS DEL OPERADOR DE VACUNACIÓN

PPC

AFTOSA

Fecha: _____

Formulario N. _____

I. INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre del Operador de Vacunación _____

2. Nombre del Operador de la Unidad Operativa _____

3. Provincia: _____ 4. Cantón: _____ 5. Parroquia: _____

6. Dirección: _____

7. Localización Latitud: _____ Longitud: _____

8. E - mail _____

II. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD OPERATIVA

1. Responsable de la Unidad Operativa: _____

2. Secretario /Digitador: _____

III. COMPONENTE PRINCIPAL (Almacenamiento de la Vacuna)

	Cadena de Frío	Cumple	No Cumple	Calificación
1	*Posee un sistema de refrigeración funcional (2-8 °C)			1
2	*Termo registrador funcional con capacidad de almacenamiento de al menos 3200 lecturas			1
3	*Disponibilidad de lecturas del termo registrador de (5) días previo a la calificación o inspección del Operador /Unidad Operativa			1
4	Posee regulador de voltaje funcional			1
5	Posee generador eléctrico con combustible suficiente para 24 horas (evidenciar su funcionalidad al momento de la inspección) junto con su plan de mantenimiento preventivo y correctivo			1
6	Capacidad de almacenamiento en equipos de refrigeración suficiente, acorde al proceso de vacunación			1
7	Conoce y posee Plan de Contingencia escrito para el control de cadena de frío			1
8	Existe personal capacitado para el control y seguimiento a la cadena de frío			1
9	Posee sistema de congelación funcional			1
10	* Uso exclusivo para biológico en sistema de refrigeración			1

* Si no cumple se descalifica de manera automática

IV. COMPONENTE SECUNDARIO (Instalaciones)

	Infraestructura	Cumple	No Cumple	Calificación
11	Tiene oficina propia o arrendada			1
12	La oficina está ubicada estratégicamente en relación a vías de primer orden			1
13	Instalaciones adecuadas que faciliten la limpieza			1
14	Existencia de servicios básicos (luz, agua, teléfono, internet)			1
15	En el interior no funciona y comparte con otros negocios			1
16	Rotulación que identifique la oficina del Operador			1
17	Áreas específicas y seguras para almacenamiento de equipos e insumos para la vacunación (bodega)			1
18	Orden y limpieza al momento de la inspección			1
19	Posee baño en buenas condiciones y funcionando			1
20	Posee mobiliario para la realización normal de actividades			1
21	Posee área para reuniones semanales con brigadistas			1
22	Plan de mantenimiento escrito de equipos (computador, congelador, refrigerador, generador)			1

Agencia de Regulación y Control Fito y Zoonosanitario

Dirección: Av. Eloy Alfaro N30-350 y Av. Amazonas

Código postal: 170518 / Quito-Ecuador

Teléfono: +593 2 382 8860

www.agrocalidad.gob.ec



República del Ecuador

V.COMPONENTE SECUNDARIO (Administración)

Documentación y Sistema Informático		Cumple	No Cumple	Calificación
23	Disponer de un espacio para archivos ordenados e identificados			1
24	Plan escrito de manejo de biológico (detallado)			1
25	Computador con Sistema Operativo (mínimo Windows 10)			1
26	Impresora en funcionamiento			1
27	Acceso a Internet alámbrico e inalámbrico con velocidad del Servicio (mínimo 15 Mbps) – Verificar Contrato de proveedor			1

Todos los ítems tendrán una puntuación de 1 punto

* Si no cumple se descalifica de manera automática y firmara el acta correspondiente sin realizar la calificación de los demás parámetros

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.

Nota: Para el punto 2 además de la consideración descrita en el mismo se deberá verificar el documento que garantice la calibración del termo registrador y por ende su funcionalidad.

PUNTAJE TOTAL	/100
---------------	------

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

Observaciones: _____

Firma Técnico Responsable Operadora/Unidad Operativa

Firma _____

Firma _____

Nombre: _____

Nombre: _____

C.C: _____

C.C: _____

Técnico de la Agencia que realizó la inspección

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL FORMULARIO PARA INSPECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS DEL OPERADOR DE VACUNACIÓN

Nro.: PUNTOS o ÍTEMS	CRITERIOS
Del 1 al 27	VALOR CALIFACACIÓN = UNO (1) CUMPLE; CERO (0) NO CUMPLE
NOTA	a) Cada ítem tiene una calificación de 1, la calificación mínima para la aprobación será del 80% del 100% (de 27 ítems)

Agencia de Regulación y Control Fito y Zoonosanitario

Dirección: Av. Eloy Alfaro N30-350 y Av. Amazonas

Código postal: 170518 / Quito-Ecuador

Teléfono: +593 2 382 8860

www.agrocalidad.gob.ec



República
del Ecuador