

**CONSTANCIA DE SUPERVISION**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_  
Clasificación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Propietario: \_\_\_\_\_  
Representante Legal: \_\_\_\_\_  
Profesional responsable: \_\_\_\_\_ Colegiado: \_\_\_\_\_

**1. Motivo de la Supervisión:**

Monitoreo  Apertura  Renovación  Traslado

**2. Cuenta con Licencia Sanitaria, según Código de Salud (Decreto 90-97, Art. 121, 123, 157)**

Si  No  Expediente: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Libro: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

**3. Se encontró a la vista del público:** Si  No

**4. Se realizó Supervisión** Si  No

En caso de no haberla realizado, explique: \_\_\_\_\_

**5. Reúne condiciones Higiénico Locativas** Si  No

**6. Reúne condiciones de habitabilidad** Si  No

**7. El equipo, mobiliario y materiales son adecuados a la actividad que desarrolla**

Si  No

**8. Se dejó requisitos y guía de habilitación** Si  No

**9. Se da un plazo de \_\_\_\_\_ días hábiles, para presentar el expediente completo al Departamento de Regulación Acreditación y Control de Establecimientos de Salud. (DRACES). NO SE OTORGARA PRORROGA, NI SE RECIBIRAN EXPEDIENTES INCOMPLETOS.**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado y sello  
del establecimiento

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del supervisor