



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**2019**  
AÑO DEL CAUDILLO DEL SUR  
EMILIANO ZAPATA

**Subsecretaría de Integración y  
Desarrollo del Sector Salud**  
Dirección General de Calidad  
y Educación en Salud

Requisitos para la integración de la documentación que refieren las fracciones I a V del numeral 6.1.1 Fase I Autoevaluación, del Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.



## Introducción

En cumplimiento al numeral 6.1. Acreditación Inicial para CAUSES en el primer nivel de atención del Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica\*, los establecimientos para la atención médica deberán realizar una autoevaluación con base en la cédula de evaluación para la Acreditación de establecimientos; misma que deberá ser capturada e impresa a través de la plataforma definida por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Conforme al numeral 6.1.1 Fase I Autoevaluación; la cédula de evaluación deberá integrarse de los diversos documentos, por lo que a través del llenado de este formato se permitirá el cumplimiento de lo establecido en las fracciones I a V, del citado numeral.

## Generalidades

Este formato debe ser llenado por los establecimientos que otorgan servicios en el primer nivel de atención (Centros de Salud Urbano o Rural), en conjunto con los Servicios Estatales de Salud, con las siguientes especificaciones:

- a. Deberá requisitar completamente un formato por establecimiento para constancia.
- b. El formato deberá firmarse en el apartado correspondiente, por lo menos por el responsable del establecimiento, así como el Responsable Estatal de Calidad y debe contener el sello del establecimiento y del nivel estatal; en caso de que algún otro funcionario intervenga en el proceso podrá firmar el documento, con las modificaciones respectivas a juicio de las autoridades estatales. Se sugiere que el documento sea rubricado en todas sus hojas en tinta de color azul.
- c. Todas las hojas deberán ser numeradas de manera consecutiva.
- d. Se sugiere que en el pie de página se identifique el documento, señalando la CLUES del establecimiento.
- e. Los formatos deberán ser respaldados por el Responsable Estatal de Calidad, a quién se le podrá solicitar en medio electrónico en caso de aclaraciones.

\*Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de diciembre de 2016 y modificado el 22 de agosto de 2019.



## Instrucciones para el llenado de formato.

I. La documentación que acredite que el Establecimiento cuenta con la Clave Única de Establecimientos de Salud actualizada.

- En este apartado deberá capturar los datos del establecimiento de conformidad con los datos registrados en el catálogo de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).
- Es importante que el responsable del llenado señale de manera correcta el estrato al que pertenece el establecimiento, ya sea Rural o Urbano de conformidad con lo establecido en el catálogo CLUES, a fin de que sea evaluado por el instrumento correspondiente.
- Asimismo, deberá anexar constancia de CLUES; en el que se hace constar que el establecimiento se encuentra en operación, tomando como base la información registrada en el catálogo de CLUES (Anexo 1).

II. Memoria fotográfica del Establecimiento con la que se dé cuenta de las condiciones generales del mismo.

- Insertará una fotografía a color en formato JPG por área según corresponda; la impresión del documento podrá ser a color o blanco y negro con imágenes nítidas.
- En caso de contar con estructura ampliada, además deberá insertarse las fotografías de las áreas según corresponda. (Estomatología, Trabajo social, Psicología, Laboratorio y Rayos X).
- Las fotografías deberán tener una temporalidad no mayor a 30 días considerando la fecha del formato respectivo.

III. Inventario del equipo, mobiliario y medicamentos disponibles en el Establecimiento;

### III.A. Inventario del equipo existente en el establecimiento

- Deberá describir el equipo con las especificaciones y según el área que corresponda.
- Marcará con una "X" el apartado de funciona SI o NO.
- Capturará el número de inventario de los equipos.
- Colocará la fecha del último mantenimiento preventivo o correctivo según sea el caso.



### III.B. Listado de mobiliario

- Deberá describir el mobiliario con las especificaciones y la cantidad existente.

### III.C. Listado de medicamentos

- De conformidad al estrato que corresponda (Urbano o Rural), deberá señalar el porcentaje de abasto de medicamentos de los 30, 60 y 90 días previos a la fecha del llenado de la cédula de evaluación.
- En su caso, especificar la problemática presentada para el cumplimiento del 100% de abasto (no mayor a media cuartilla).

IV. Copia de la cédula profesional o carta de pasante del personal médico y de enfermería del Establecimiento. En caso de otorgarse otros servicios, deberá adjuntarse la documentación de dicho personal de salud.

- Capturará el nombre completo del recurso humano, cargo, número de cédula o en su caso carta de pasante.
- Adjuntará copia simple legible del anverso y reverso de la cédula profesional o carta de pasantía (Anexo 2).
- En caso de contar con estructura ampliada: Estomatología, Trabajo social, Psicología, Laboratorio y Rayos X, deberá adjuntar la documentación del personal de salud que corresponda.

V. Formato de servicios subrogados, en su caso copia de los convenios de servicios subrogados o de colaboración suscritos por cada establecimiento.

- De conformidad a lo establecido en el formato de servicios subrogados, se deberá capturar los datos correspondientes de acuerdo a los servicios con los que cuenta el establecimiento (ejemplo: RPBI, farmacia, limpieza, vigilancia, etc.).
- Adjuntará copia simple legible de los instrumentos consensuales debidamente suscritos por cada establecimiento (Anexo 3).



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**2019**  
AÑO DEL CAUDILLO DEL SUR  
EMILIANO ZAPATA

**Subsecretaría de Integración y  
Desarrollo del Sector Salud**  
Dirección General de Calidad  
y Educación en Salud

Al final del documento se deberá incluir la leyenda. “Bajo protesta de decir verdad, declaro que todos los datos contenidos en la misma son verídicos” entidad federativa, a xxx del mes de xxx de 2019.



I.- La documentación que acredite que el Establecimiento cuenta con la Clave Única de Establecimientos de Salud actualizada.

Datos generales del establecimiento

Entidad		CLUES	
Nombre del establecimiento			
Estrato (Catálogo CLUES) Marcar con una X	Rural		Urbano
Nombre y cargo del responsable del Establecimiento			

Anexo 1. Constancia de CLUES.



II. Memoria fotográfica del Establecimiento con la que se dé cuenta de las condiciones generales del mismo.

Centro de Salud- Estructura Básica

<p>Fachada del Centro de Salud donde se muestre el nombre del establecimiento</p>	
<p>Sala de espera</p>	



Baños (Donde se observe la señalización de hombres y mujeres respectivamente).

Consultorio  
Medicina General

Anexar fotografía de cada uno de los consultorios, que muestre las condiciones de los mismos.





Área de Medicina Preventiva

Anexar fotografía que muestre las condiciones de la misma.

Refrigerador de Biológicos



Área de  
esterilización

Área de Farmacia  
o de Guarda de  
Medicamentos  
según  
corresponda.



Área de archivo

RPBI (De las áreas  
generadoras o  
Almacén  
Temporal).



### Centro de Salud- Estructura Ampliada

Área de  
Estomatología

Anexar fotografía  
que muestre las  
condiciones de la  
misma.

Área de Trabajo  
social

Anexar fotografía  
que muestre las  
condiciones de la  
misma.



Área de Psicología

Anexar fotografía  
que muestre las  
condiciones de la  
misma.

Área de  
Laboratorio

Anexar fotografía  
que muestre las  
condiciones de la  
misma.



Área de Rayos X

Anexar fotografía  
que muestre las  
condiciones de la  
misma.









### III. Inventario del equipo, mobiliario y medicamentos disponibles en el Establecimiento:

#### III.C. Listado de medicamentos

Los medicamentos que se enuncian en la cédula de evaluación para establecimientos de primer nivel de atención, deberá estar de conformidad al estrato correspondiente (Urbano o Rural); por lo que, deberá especificar el porcentaje de abasto en los periodos siguientes:

Porcentaje de Abasto a 30 días previos	Porcentaje de Abasto a 60 días previos	Porcentaje de Abasto a 90 días previos
En su caso, comentarios respecto de la problemática presentada para cumplir con el 100% de abasto de medicamentos.		

Nota: Esta información será cotejada con los reportes de entradas y salidas según corresponda, durante la visita de supervisión.



IV. Copia de la cédula profesional o carta de pasante del personal médico y de enfermería del Establecimiento. En caso de otorgarse otros servicios, deberá adjuntarse la documentación de dicho personal de salud.

No.	Nombre completo del recurso humano	Cargo	Número de cédula	Carta de pasante (periodo)

Anexo 2. Copia simple legible del anverso y reverso de la cédula profesional o carta de pasantía. En caso de tratarse de un establecimiento de servicios ampliados deberá anexar la documentación del personal de salud según corresponda. (Estomatología, Trabajo social, Psicología, Laboratorio y Rayos X).



V. Formato de servicios subrogados, en su caso copia de los convenios de servicios subrogados o de colaboración suscritos por cada establecimiento.

FORMATO DE SERVICIOS SUBROGADOS					
Servicio subrogado	Vigencia del convenio		Razón Social o nombre de la empresa a la que se le subroga el servicio	Cartera de servicios en el convenio	Observaciones
	Fecha de Suscripción	Fecha de Vencimiento			

Anexo 3. Copia simple legible de los instrumentos consensuales debidamente suscritos por cada establecimiento.

“Bajo protesta de decir verdad, declaro que todos los datos contenidos en la misma son verídicos”

Entidad Federativa, a XX de XXXXX de 2019.

Nombre y Cargo del Responsable del Establecimiento	Nombre y Cargo del Responsable Estatal de Calidad
Firma	Firma