|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| eQ-SC-3.1 Instalación | | | |
|  | | | |
| **Infraestructura** | | | |
| **1** | Fecha de revisión | dd-mmm-aaa | |
| Agregar 1. Fecha de revisión | | | |
| **Programar una revisión cada 6 meses a partir de la fecha inicial** | | | |
| **2** | Existe un rótulo de área libre de humo | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **3** | Existe un rótulo de Acceso restringido | Si | No |
| **4** | Existe un rótulo de identificación de Farmacia, con el nombre del Responsable Sanitario, su número de cédula profesional, el nombre de la institución que expidió su título profesional y el horario de trabajo | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **5** | Existen mecanismos de restricción de acceso a la Farmacia | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **6** | Las paredes, pisos y techos son lisos y de fácil limpieza | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **7** | Las paredes, pisos y techos están en óptimas condiciones | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **8** | Existe ventilación natural o artificial suficiente | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **9** | La instalación eléctrica está protegida | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **10** | Los sanitarios tienen agua corriente, lavabo, jabón, un sistema de secado de manos, un cesto de basura con tapa y un letrero alusivo al lavado de manos | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **…** | | | |
|  | | | |