**INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN**

Centro de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personal Responsable de la Supervisión Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acciones que deben revisarse en el Área de Salud previo a la visita en el Centro de Trabajo**

1. Verificación de las acciones necesarias para la supervisión del Centro de Trabajo. (marcar ☑ si se realizó la acción, completar el llenado de fecha, hora y contacto de la visita)

|  |  |
| --- | --- |
| Acciones | Cumple |
| Coordinar con el centro de trabajo la visita de supervisión |  |
| Fecha: Hora: |  |
| Contacto: |
| Llevar el Gafete de Identificación vigente del personal responsable de la supervisión |  |
| Incluir la autorización para el ingreso a las instalaciones del Centro de Trabajo (Documento adjunto) |  |

1. Verificación del listado de médicos inscritos en el Centro de Trabajo.

(Filtrar por nombre o código del Centro de Trabajo el archivo "Lista de Médicos Inscritos en Medicina de Empresa y Medicina Mixta" disponible en el sitio www.ccss.sa.cr/medicina, de manera que se obtenga la lista de médicos inscritos.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médico | Nombre | Código |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

1. Verificación de la entrega del Informe Mensual Estadístico de Consulta Formula 180 de los últimos 3 meses. (Verificar con REDES que la empresa ha enviado el consolidado de consulta de los últimos tres meses, marcar ☑ sí o no).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documento | Sí | NO |
| El Centro de Trabajo ha entregado el Informe Mensual Estadístico de Consulta en los últimos tres meses. |  |  |

**Acciones de Supervisión que deben realizarse en el Centro de Trabajo**

1. Verificación de la documentación necesaria para la supervisión del Centro de Trabajo. (marcar ☑ si o no)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verificación | Sí | NO |
| El encargado del Centro de Trabajo autoriza el ingreso para realizar la supervisión (Documento adjunto) |  |  |

1. Verificar en sitio los médicos del Centro de Trabajo que prestan servicios CCSS-Empresa.

(Anotar únicamente los médicos que ofrecen el servicio de consulta CCSS-Empresa.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médico | Nombre | Código |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

1. Verificar que el Centro de Trabajo cuenta con el Permiso Sanitario de Funcionamiento de su Consultorio de Medicina de Empresa (Art. 4 inciso a)

(Marcar ☑ si o no, además debe buscarse el número de resolución y fecha de vencimiento para anotarlo en la respectiva casilla)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documento | Sí | NO |
| Permiso Sanitario de Funcionamiento |  |  |
| Número de resolución |  | |
| Fecha de Vencimiento |  | |

1. Verificar que el Centro de Trabajo tenga la papelería debidamente sellada por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social. (Art. 6 inciso h)

(Verificar que la papelería utilizada por la empresa esté debidamente sellada y coincida la Unidad Programática del Área de Salud con la asignada según área de adscripción, marcar ☑ si o no.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verificación | Sí | NO |
| La papelería del Centro de Trabajo está debidamente sellada y coincide la UP con la asignada según área de adscripción |  |  |

1. Verificar que el sello médico cumpla los requerimientos solicitados en reglamento.

(Revisar que el sello del médico cuente con el nombre, código y especialidad inscrita, así como con la razón social del Centro de Trabajo, marcar ☑ si cumple o no). (Art. 6 inciso i)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Médico | Nombre | Cumple | NO Cumple |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

1. Verificar que la empresa cuente con un sistema de expedientes de salud de los trabajadores. (Art. 6 inciso h)

(Revisar que el centro de trabajo cuente con un sistema de expedientes de salud, marcar ☑ si cumple o no.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documento | Cumple | NO Cumple |
| El Centro de Trabajo cuenta con un sistema de expedientes de salud. |  |  |

1. Verificar que la empresa lleve el informe diario de consulta. (Art. 9 inciso a)

(Revisar que el centro de trabajo cuenta con una herramienta para llevar el informe diario de consulta que alimenta el consolidado mensual estadístico de consulta, marcar ☑ si cumple o no.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documento | Cumple | NO Cumple |
| El Centro de Trabajo cuenta con una herramienta para llevar el informe diario de consulta |  |  |

1. Verificar que la empresa NO posea un stock de medicamentos de la CCSS en su consultorio de atención de medicina de empresa. (Art. 15 inciso k)

(Preguntar y revisar que el centro de trabajo NO cuente con un stock de medicamentos de la CCSS, marcar ☑ sí o no.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documento | Sí | NO |
| El Centro de Trabajo posee stock de medicamentos de la CCSS. |  |  |

Doy constancia de la supervisión que realizó la CCSS al consultorio médico de mi empresa

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

Responsable de la Supervisión Responsable de la Empresa