



**SEREMI DE SALUD REGIÓN DE ÑUBLE**  
**DPTO ACCION SANITARIA**  
**UNIDAD DE SANEAMIENTO BASICO**  
**ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA**  
**ALBERGUE DE EMERGENCIA EN CONTEXTO DE CATASTRÓFE**

**Autoridad Sanitaria:** SEREMI de Salud Región de Ñuble

**Marco de actuación:** Emergencias y Desastres – Autoridad Sanitaria

**Comuna:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Hora:** \_\_\_\_\_

**Fiscalización:**

- ☐ Evaluación inicial
- ☐ Fiscalización sanitaria
- ☐ Seguimiento observaciones

---

**1. IDENTIFICACIÓN DEL ALBERGUE**

- **Nombre del albergue:** \_\_\_\_\_
- **Dirección:** \_\_\_\_\_
- **Comuna:** \_\_\_\_\_
- **Entidad responsable:** \_\_\_\_\_
- **Rut entidad responsable:** \_\_\_\_\_
- **Encargado/a del albergue:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_
- **N° personas albergadas:** \_\_\_\_\_
- **N° funcionarios / voluntarios:** \_\_\_\_\_

---

**2. BASE NORMATIVA APLICABLE**

La presente fiscalización se realiza conforme a:

- **Código Sanitario (DFL N°725)**
- **DS N°594/1999 del MINSAL**, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo
- **Normativa sanitaria MINSAL para Albergues de Emergencia**
- **Lineamientos de Vigilancia Epidemiológica en Emergencias y Desastres – MINSAL**
- **Sistema Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres (Ley N°21.364)**
- **Protocolos y directrices SENAPRED para albergues temporales**

---

**3. CONDICIONES SANITARIAS**

**3.1 Abastecimiento de agua potable**

Ítem	Cumple	No cumple	N/A	Observaciones
Acceso continuo a agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abastecimiento por red pública o camión aljibe autorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cuenta con estanque almacenamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Capacidad de almacenamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estanques protegidos, limpios y desinfectados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Registro de limpieza y desinfección estanque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cloro libre residual entre 0,2 y 2 ppm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medición y registro diario de cloro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 3.2 Saneamiento básico: baños y duchas

Ítem	Cumple	No cumple	N/A	Observaciones
Proporción mínima: 1 baño cada 20–25 personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Servicios higiénicos separados por sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Servicios accesibles (accesibilidad universal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Duchas operativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Agua caliente cuando permanencia > 48 hrs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Limpieza y desinfección diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Planilla de registro de aseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 3.3 Manejo de residuos sólidos

Ítem	Cumple	No cumple	N/A	Observaciones
Contenedores con tapa y bolsas resistentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Retiro diario de residuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Separación residuos comunes y biológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Área de acopio alejada de zonas críticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 3.4 Higiene personal

Ítem	Cumple	No cumple	N/A	Observaciones
Jabón líquido en dispensadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Papel higiénico en dispensadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Productos de higiene femenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pañales niños y adulto mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Material educativo de higiene visible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 3.5 Alimentación colectiva

Ítem	Cumple	No cumple	N/A	Observaciones
Cocina cuenta con resolución sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Responsable de alimentación identificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Registro de raciones entregadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prohibición de alimentos de origen informal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alimentos en buen estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Almacenamiento bodega adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conservación frigorífica adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cocina limpia y con control de plagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Manipuladores con medidas higiénicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Numero de manipuladoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dietas especiales consideradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 3.6 Atención sanitaria y vigilancia epidemiológica

Ítem	Cumple	No cumple	N/A	Observaciones
Registro actualizado de personas albergadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ítem	Cumple	No cumple	N/A	Observaciones
Área de primeros auxilios habilitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Botiquín completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Personal capacitado en primeros auxilios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Protocolo de detección de enfermedades transmisibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Derivación oportuna a red asistencial Nuble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

#### 4. CONDICIONES DE SEGURIDAD Y HABITABILIDAD

Ítem	Cumple	No cumple	N/A	Observaciones
Edificación estructuralmente segura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No emplazado en zona de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Plan de evacuación difundido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zona segura identificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Salidas de emergencia señalizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extintores operativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Superficie mínima 3,5–4 m <sup>2</sup> /persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ventilación adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colchonetas, catres y ropa de cama limpia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Equipo electrógeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Luces de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Control de plagas vigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

#### 5. OBSERVACIONES SANITARIAS



---

## 6. CONCLUSIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA

- ☐ Albergue Apto
- ☐ Albergue Apto con Observaciones
- ☐ Albergue No Apto

Plazo de corrección (si aplica): \_\_\_\_\_

---

Nombre Fiscalizador/a SEREMI de Salud Ñuble:

Firma y timbre: \_\_\_\_\_