

Fecha: **6/9/2024**

<b>Área o Departamento:</b>	DIRECCION				
<b>Hora de Inicio:</b>	10:00 am	<b>Hora de Término:</b>	11:00 a.m.	<b>Lugar:</b>	Hospital Hondo Valle

**TEMAS DE AGENDA**

HMHV 1.1.1.2.01 Reunión Comité Fármaco Terapéutico (CFT) hospitalario y promoción del uso racional de los medicamentos

Revisión de Acta Anterior:  SI  No  N/A

**DETALLES DE LA REUNIÓN**

La Dra. Benita Díaz en su condición de directora quien es la coordinadora, inicio la reunión dando las gracias a los presentes por estar en la misma y a seguida paso lista de los presentes.

En dicha reunión se hizo una aplicación y evaluación varios instrumentos tales como:

Formulario guía de inspeccion de stock de medicamentos, control de almacenamiento, Criterios de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Listado de Trazadores y se obtuvieron los siguientes resultados:

**Formulario guía de inspeccion de stock de medicamentos**

**Documentos y normas**

**Nivel de avance : 26.67%**

**Infraestructura tecnológica**

¿El establecimiento cuenta con interconectividad en todas las áreas de almacén y farmacia? 0%

**Recursos humanos**

La farmacia solo cuenta con un auxiliar. 50%

**Equipos informáticos**

No se evidencian equipos informáticos que maneje control entrada y salida, tanto en la farmacia como en el almacén 0.0%

**Nivel de avance : 16.67%**

**Criterios de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Listado de Trazadores : Nivel de avance 82.86%**

**Almacen de Medicamentos e Insumos : Nivel de avance : 85.71%**

Farmacia Central : **Nivel de avance : 80%**

**LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS**

<b>DISPONIBILIDAD</b>	<b>%</b>
TRAZADORES CEAS	96.55
ARV ADULTOS	30.77%
ARV PEDIATRICOS	100%
PRUEBAS	100%
OTROS	100%
TB - 1RA. LINEA	100
TB-2DA LINEA	100%
PLANIFICACION FAMILIAR	100

**RESULTADO GENERAL DE LA EVALUACION**

<b>CRITERIOS</b>	<b>%</b>
Documentos y normas	26.67%
Infraestructura tecnológica	0%
Recursos humanos	50%
Equipos informáticos	0%
TRAZADORES CEAS	96.55%
ARV ADULTOS	30.77%
ARV PEDIATRICOS	100%
PRUEBAS	100%
OTROS	100%
TB - 1RA. LINEA	100%
TB-2DA LINEA	100%
PLANIFICACION FAMILIAR	100%
<b>TOTAL</b>	<b>67%</b>



	Acuerdo / Compromiso	Responsable	Plazo de Ejecución	Logrado	
				SI	NO
1.	Trabajar la infraestructura tecnologica	Departamento enfermería	Octubre-diciembre 2024	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Convocados o Representantes	Asistió	No Asistió		Firma
			J	NJ	
1.	Ver listado anexo				

J= Justificada, NJ= No justificada

Coordinador de la Reunión:	Dra. Benita Díaz Montero	<i>Benita Diaz Montero</i>
Relator:	Samara Diaz Montero	<i>Samara Diaz Montero</i>





Fecha: 6/9/2024

Nombre del Establecimiento de Salud:

HOSPITAL MUNICIPAL HONDO VALLE

Servicio Regional Correspondiente:

EL VALLE

**Porcentaje de Cumplimiento**

No.	Almacén de Medicamentos e Insumos	Si / No No Aplica
1	¿TODAS LAS ÁREAS DEL ALMACÉN ESTÁN DEBIDAMENTE DELIMITADAS E IDENTIFICADAS?	Si
2	¿SE ENCUENTRAN LIBRES LAS PUERTAS Y LOS ESPACIOS ENTRE LOS ESTANTES Y PALETAS?	No
3	¿EXISTE BUENA ILUMINACIÓN?	Si
4	¿ALMACÉN LIBRE DE HUMEDAD, GOTERAS Y FILTRACIONES?	Si
5	¿SE ENCUENTRAN AL DÍA LOS REGISTROS DE TEMPERATURA Y HUMEDAD?	No
6	¿LA TEMPERATURA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES PERMITIDOS? AMBIENTAL ENTRE 15 Y 30 °C Y CADENA DE FRÍO DE 2 A 8°C	Si
7	¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO, LIMPIOS Y ORDENADOS LOS ESTANTES Y PALLETS?	Si
8	¿SE ENCUENTRAN LIMPIOS LOS PISOS, PAREDES Y TECHOS?	Si
9	¿LOS MEDICAMENTOS ESTÁN COLOCADOS GUARDANDO DISTANCIA DE LAS PAREDES, TECHO Y PISO?	Si
10	¿LOS MEDICAMENTOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDOS DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O LUZ BLANCA (FLUORESCENTE)?	Si
11	¿LOS MEDICAMENTOS DE FECHA DE EXPIRACIÓN MÁS PRÓXIMA SE ENCUENTRAN EN PRIMER PLANO, ORDENADOS SEGÚN PEPE?	Si
12	¿LOS MEDICAMENTOS SENSIBLES A LA LUZ, TEMPERATURA Y HUMEDAD, ESTÁN ALMACENADOS ADECUADAMENTE?	Si
13	¿EL EMPAQUE DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO?	Si
14	¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EXPIRADOS?	Si
15	¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EN MAL ESTADO?	Si
16	¿SEPARA LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS EXPIRADOS O EN MAL ESTADO?	Si
17	¿AUSENCIA DE INSECTOS, ROEDORES Y OTROS?	Si
18	¿CUENTA CON EXTINGUIDOR DE INCENDIOS FUNCIONANDO Y BIEN UBICADO?	No
19	¿LOS DETERGENTES O PRODUCTOS TÓXICOS QUE PUEDAN DAÑAR A LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SON GUARDADOS EN UN	Si
20	¿SE ENCUENTRAN OPERATIVOS TODOS LOS EQUIPOS ELÉCTRICOS DEL ALMACÉN?	Si
21	¿TODO EL PERSONAL TIENE A LA MANO SU MANUAL DE PROCEDIMIENTOS?	Si
22	¿EL PERSONAL CONOCE Y APLICA CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS?	Si
23	¿SE HAN EFECTUADO LOS INVENTARIOS, SEÑALADOS EN EL PROCEDIMIENTO?	Si
24	¿COINCIDE EL CONTEO REALIZADO CON LO REGISTRADO EN EL SOFTWARE O TCE-TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIA?	Si
25	¿ESTÁN ADECUADAMENTE ELABORADOS Y ARCHIVADOS LOS DOCUMENTOS DE INGRESO Y SALIDA DE PRODUCTOS DEL ALMACÉN?	Si
26	¿EL PERSONAL EVITA COMER, BEBER O FUMAR DENTRO DEL ALMACÉN?	Si
27	¿EL PERSONAL UTILIZA LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD?	No
28	¿TUVO DISPONIBLE TODOS LOS MEDICAMENTOS TRAZADORES LOS ÚLTIMOS 6 MESES.?	Si
No.	Farmacia Central	Si / No No Aplica
1	¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIMPIA Y ORDENADA?	Si
2	¿EL ÁREA CUENTA CON ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN?	Si
3	¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIBRE DE HUMEDAD Y FILTRACIONES?	Si
4	¿LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDO DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O DE LA LUZ BLANCA FLUORESCENTE?	Si
5	¿EL ESPACIO FÍSICO ES APROPIADO PARA EL VOLUMEN Y LA CANTIDAD DE PRODUCTO QUE SE MANEJAN?	Si
6	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON ÁREAS DELIMITADAS Y DIFERENCIADAS: ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y DE ADMINISTRACIÓN?	No
7	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON PUERTAS Y VENTANAS QUE GARANTIZAN LA SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS?	Si
8	¿EL ACCESO AL ÁREA DE FARMACIA SE LIMITA SOLO A PERSONAL AUTORIZADO?	Si
9	¿LAS GÓNDOLAS O VITRINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN FORMA DE U O L - FACILITANDO EL DESPLAZAMIENTO DE PERSONAS Y PRODUCTOS	Si
10	¿CUENTAN CON TARIMAS PARA LA UBICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE GRAN CANTIDAD Y VOLUMEN?	Si
11	¿LA FARMACIA ESTA CLIMATIZADA Y MANTIENE TEMPERATURA INFERIORES A LOS 30°C?	Si
12	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTAN CON MESETAS PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PEDIDOS?	No
13	¿REALIZA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE FARMACIA EL CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA Y LA HUMEDAD Y DENTRO DE LAS	Si
14	¿ORGANIZA Y UTILIZA LOS PRODUCTOS SEGÚN METODOLOGÍA PEPE (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)?	Si
15	¿ACTUALIZA DIARIAMENTE LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS?	Si
16	¿SE BARREN Y LIMPIAN LOS PISOS DIARIAMENTE?	Si
17	¿SE ELIMINARON DE FARMACIA LA BASURA Y OTROS DESECHOS (CAJAS, CARTONES)?	Si
18	¿SE REALIZO EL INVENTARIO FÍSICO Y SE ACTUALIZO LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA?	No
19	¿REALIZO LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROLO LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS?	Si
20	¿SE DAN DE BAJA LOS PRODUCTOS VENCIDOS O DAÑADOS?	No
No.	Farmacia de Emergencia	Si / No No Aplica
1	¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIMPIA Y ORDENADA?	No Aplica
2	¿EL ÁREA CUENTA CON ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN?	No Aplica
3	¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIBRE DE HUMEDAD Y FILTRACIONES?	No Aplica
4	¿LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDO DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O DE LA LUZ BLANCA FLUORESCENTE?	No Aplica
5	¿EL ESPACIO FÍSICO ES APROPIADO PARA EL VOLUMEN Y LA CANTIDAD DE PRODUCTO QUE SE MANEJAN?	No Aplica
6	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON ÁREAS DELIMITADAS Y DIFERENCIADAS: ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y DE	No Aplica
7	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON PUERTAS Y VENTANAS QUE GARANTIZAN LA SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS?	No Aplica
8	¿EL ACCESO AL ÁREA DE FARMACIA SE LIMITA SOLO A PERSONAL AUTORIZADO?	No Aplica
9	¿LAS GÓNDOLAS O VITRINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN FORMA DE U O L - FACILITANDO EL DESPLAZAMIENTO DE PERSONAS Y PRODUCTOS	No Aplica
10	¿CUENTAN CON TARIMAS PARA LA UBICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE GRAN CANTIDAD Y VOLUMEN?	No Aplica



11	¿LA FARMACIA ESTA CLIMATIZADA Y MANTIENE TEMPERATURA INFERIORES A LOS 30°C?	No Aplica
12	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTAN CON MESETAS PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PEDIDOS?	No Aplica
13	¿REALIZA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE FARMACIA EL CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA Y LA HUMEDAD Y DENTRO DE LAS	No Aplica
14	¿ORGANIZA Y UTILIZA LOS PRODUCTOS SEGÚN METODOLOGÍA PEPE (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)?	No Aplica
15	¿ACTUALIZA DIARIAMENTE LAS TARIETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS?	No Aplica
16	¿SE BARREN Y LIMPIAN LOS PISOS DIARIAMENTE?	No Aplica
17	¿SE ELIMINARON DE FARMACIA LA BASURA Y OTROS DESECHOS (CAJAS , CARTONES)?	No Aplica
18	¿SE REALIZO EL INVENTARIO FÍSICO Y SE ACTUALIZO LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA?	No Aplica
19	¿REALIZO LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROLO LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS?	No Aplica
20	¿SE DAN DE BAJA LOS PRODUCTOS VENCIDOS O DAÑADOS?	No Aplica

## LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS

PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD					
		CEAS	ARV	TB	PF
REF	NOMBRE	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN	SI / NO NO APLICA
TRAZADORES CEAS	Acetilcisteína	100 mg /mL	Inyectable	Ampolla 3 m	Si
	Ceftriaxona	1 g	Inyectable	Vial	Si
	Bromuro De Ipratropio	0.9mg/3 MI	Solución Inhalada	Frasco	Si
	Cloruro De Sodio	0.9% / 1000 mL	Inyectable	Frasco	Si
	Dexametasona Fosfato	4 mg/mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Diclofenaco Sódico	25 mg/mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Dinitrato De Isosorbide	5mg	Tableta	Blíster	No
	Ergometrina Hidromaleato	200 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Fitomenadiona (Vit. K)	10 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Furosemida	10 mg/mL	Inyectable	Ampolla 2ml	Si
	Hidralazina Clorhidrato	20 mg	Inyectable	Vial	Si
	Ketorolaco Trometamol	30 mg / mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Metildopa	500 mg	Tableta	Blíster	Si
	Metronidazol	5 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Nifedipina Sublingual	10 mg	Tableta	Blíster	Si
	Omeprazol	40 mg / mL	Polvo Para Inyección	Vial	Si
	Oxitocina Sintética	10 UI	Inyectable	Ampolla	Si
	Sulfato De Magnesio	20%	Inyectable	Ampolla	Si
	Atropina Sulfato	1mg/ml	Inyectable	Ampolla	Si
	Epinefrina (Adrenalina)	1 mg/mL	Inyectable	Ampolla 1ml	Si
	Difenhidramina	10 mg /ML	Inyectable	Ampolla	Si
	Hidrocortisona	100mg/ml	Inyectable	Vial	Si
	Lactato En Ringer	1000 MI	Inyectable	Frasco	Si
	Amikacina	500mg	Inyectable	Vial	Si
	Fenitoína Sódica	250 mg	Inyectable	Vial	Si
	Dextrosa	50%	Inyectable	Vial	Si
Metoclopramida Clorhidrato	5 mg / ML	Inyectable	Vial	Si	
N Butil Bromuro De Hioscina	20 mg / ML	Inyectable	Ampolla 1ml	Si	
Acetaminofén (Paracetamol)	10 mg /mL	Inyectable	Ampolla	Si	
ARV ADULTOS	Abacavir / Lamivudina	600 mg + 300 mg	Tableta	Frasco	No
	Atazavir / Ritonavir	300 mg/ 100mg	Tabletas	Frasco	No
	Ritonavir	100mg	Tabletas	Frasco	No
	Efavirenz / Lamivudina / Tenofovir Disoproxil Fumarate	400mg/300mg/300mg	Tableta	Frasco	No
	Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz	300mg + 200mg + 600mg	Tableta	Frasco	No
	Tenofovir / Emtricitabina / Dolutegravir	25mg + 200mg +50mg	Tableta	Frasco	Si
	Tenofovir / Lamivudina / Dolutegravir	300 mg+ 300mg + 50mg	Tabletas	Frasco	No
	Raltegravir	400mg	Tabletas	Frasco	No
	Danuravir	600 mg	Tableta	Frasco	No
	Efavirenz	600 mg	Tableta	Frasco	Si
	Emtricitabina / Tenofovir	200 mg/300 mg	Tableta	Frasco	Si
	Tenofovir / Lamivudina	300 mg + 300 mg	Tableta	Frasco	No
Dolutegravir	50mg	Tableta	Frasco	Si	
ARV PEDIATRICO	Abacavir	20 mg/ml	Suspensión Oral	Frasco X 240	No Aplica
	Efavirenz	200 mg	Tableta	Frasco X 30	No Aplica
	Efavirenz	50 mg	Tableta	Frasco X 30	No Aplica
	Raltegravir	25mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Lopinavir / Ritonavir	100 mg + 25 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)	80 mg + 20 mg	Suspensión Oral	Frasco X 120	No Aplica
	Nevirapina	50 mg/5ml	Suspensión Oral	Frasco X 240	No Aplica
	Zidovudina	50 mg/5ml	Suspensión Oral	Frasco X 240	No Aplica
	Zidovudina / Lamivudina	60 mg + 30 mg	Tableta	Frasco	No Aplica



	Zidovudina / Lamivudina / Nevirapina	60 mg + 30 mg + 50 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Formula Infantil	N/A	Lata	Lata	No Aplica
PRUEBAS	Prueba Sífilis Humana	N/A	N/A	Kit X 50	Si
	Pruebas Rápidas para HIV (Tamizaje)	N/A	N/A	Kit X 100	Si
	Prueba Rápidas de HIV (Confirmatoria)	N/A	N/A	Kit X 20	Si
OTROS	Kit Para Toma de Muestra DNA-PCR	N/A	N/A	N/A	No Aplica
	Kit para Toma de Muestra de Baciloscopia	N/A	N/A	N/A	Si
	Frascos para Toma de Muestra para Baciloscopia	N/A	unidad	Frasco	Si
TB - 1RA. LINEA	Etambutol	400 mg	Tableta	Blisters	Si
	Etambutol	100 mg	Tableta	Blisters	Si
	Isoniazida	100 mg	Tableta	Blisters	Si
	Isoniazida	300 mg	Tableta	Blisters	Si
	Pirazinamida	500 mg	Tableta	Blisters	Si
	Rifampicina	300 mg	Capsula	Blisters	Si
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 400 mg + 100 mg	Tableta	Blisters	Si
	Rifampicina + Isoniazida	75 mg + 50 mg	Tableta	Blisters (Disp.)	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida	75 mg + 50 mg + 150 mg	Tableta	Blisters (Disp.)	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 275 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
	Rifapentina	150 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
	Ac. Paraminosalicilico	4 gr	Granulado	Sobre	No Aplica
	TB-2DA LINEA	Amikacina	500 mg	Solución Inyectable	Ampolla
Amoxicilina/Clavulanto		875/125 Mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Bedaquilina		100 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Capreomicina vial		1000 mg	Polvo	Frasco	No Aplica
Cicloserina		250 mg	Capsula	Blisters	Si
Clofazimina		100 mg	Capsula	Blisters	No Aplica
Delamanid		50 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Etionamida		250 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Impipem/Cilastatina		500 mg	Polvo	Vial	No Aplica
Kanamicina		1000 mg	Polvo	Vial	No Aplica
Levofloxacina		250 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Levofloxacina		100 mg	Tableta dispersa	Blisters	No Aplica
Levofloxacina		500 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Levofloxacina infusión		1000 mg	Solución	Vial	No Aplica
Linezolid		600 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Meropenem		500 mg	Polvo	Vial	No Aplica
Moxifloxacina		100 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Moxifloxacina		400 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Pirazinamida		150 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
Pretomanid		200 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
Proteonamida		250 mg	Tableta Recubi	Blisters	No Aplica
Vitamina B6		100 Mg 250 Ui	Tableta	Blisters	No Aplica
PLANIFICACION FAMILIAR		Acetato de Medroxiprogesterona (Inyectables)	150 mg/ml	Inyección	Vial X 1 mL
	Etinilestradiol + Levonorgestrel - Pildoras (Ciclos)	0.03 + 0.15 mg	Tableta	Blisters	Si
	Levonorgestrel - Minipildoras (Ciclos)	30 mcg	Comprimido	Blisters	Si
	Levonorgestrel	0.75 mg	Tableta	Blisters	Si
	Etonogestrel / Implantes Sub-Dérmicos (Set)	68 mg	Unidad Depos	Implante	Si
	Condón Femenino	N/A	Unidad	Caja X 100 U	Si
	Condón Masculino	N/A	unidad	Caja X 144 U	Si
Dispositivos Intrauterino con Cobre (Diu)	N/A	Unidad	Sobre	Si	

SAMARA DIAZ MONTERO  
Aux. Farmacia



		SI	NO
1.2	Dimensiones Minimas 86.40 m2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Lugar de ubicación del mismo debe ser fresco, seco.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Lugar de ubicación del mismo debe ser accesible y seguro.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Estarán necesariamente vinculados a una farmacia ambulatoria pública de la red de Servicios de Salud	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.6	Deberán estar dentro de la estructura física de estas Unidades de Atención	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Equipamientos y Mobiliario

		SI	NO	Observaciones
2.1	Armario metálico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.2	Vitrina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.3	Archivo pequeño	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.4	Refrigerador (para productos que requieran condiciones de refrigeración)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 3. Documentación y Normas

		SI	NO	Observaciones
3.1	Ley General de Salud No. 42-01	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.2	Reglamentos de medicamentos No. 246-06	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.3	Norma oficial de Farmacia Hospitalaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.4	Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales de la República	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5	Registro de control de temperatura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6	Normas para conservación de medicamentos refrigerados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.7	Registro de limpieza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.8	Libro de control de narcóticos y medicamentos controlados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.9	Protocolos sobre el almacenamiento y conservación de	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.10	Programa y registro de control de plagas y roedores	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.11	Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.12	Reportes mensuales de la información de su responsabilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.13	Kardex por cada medicamento que se dispensa. (Manual o	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.14	Estandares definidos de consumo de medicamentos por tipo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.15	Se cuenta con las actas de medicamentos desechados por	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	



Con mi Nombre y Firma, Declaro que toda la Información que se ha Suministrado es Verídica

<u>Renato Díaz Montero</u> Nombre del Director Médico	<u>Renato Díaz M.</u> Firma del Director Médico
 Nombre del Inspector/a y/o Supervisor	 Firma del Inspector/a y/o Supervisor
Fecha: <u>6/9/2024</u>	Hora de Inspección: _____
Para uso exclusivo de la DHA	





Nombre de la Actividad:

**HMHV 1.1.1.2.01 Reunión Comité Fármaco Terapéutico (CFT) hospitalario y promoción del uso racional de los medicamentos**

 Área Responsable: COMITÉ FARMACO TERAPEUTICO

 Fecha: 6/9/2024

 Modalidad de la Reunión: Virtual  Presencial 

 Hora: 11:00 A.M

 Lugar/Plataforma: DIRECCION
**Participantes**

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
<i>Reputación...</i>	F	075-00028879	Directora	Hosp. Municipal Hondo V. Valle	<i>[Firma]</i>	809-710-5743
<i>...</i>	F	075-00028878	Coordinadora	Hosp. Municipal Hondo Valle	<i>[Firma]</i>	809-667-0137
<i>Idelfonso...</i>	M	075-00005706	Asesor	"	<i>[Firma]</i>	849-983-7602
<i>...</i>	F	001-05740334	Relata	Hospital Hondo Valle	<i>[Firma]</i>	-

\*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.  
 - Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.





**Acta de constitución Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) del Hospital  
Hospital Municipal Hondo Valle**

Fecha: 15/3/2024

Nombre	Nombramiento	Cargo en el comité	Firma
Dra. Benita Diaz Montero	Director Hospital	Presidente	<i>Benita Diaz</i>
Samara Diaz Montero	Encargado farmacia Hospitalaria o de almacén	Secretario	<i>Samara Diaz</i>
Ercilina Marcano	Jefe servicio de emergencia	Vocal	<i>Ercilina Marcano</i>
Maria Luz Feliz	Jefe servicio de medicina interna	Vocal	<i>Maria Luz Feliz</i>
Yolanda De Oleo Geronimo	Supervisora de enfermería	Vocal	<i>Yolanda De Oleo</i>
Idelfonso Montero	Miembro del comité de calidad	Vocal	<i>Idelfonso Montero</i>

*Benita Diaz*  
Dra. Benita Diaz Montero  
Presidenta

