

Fecha: 02/12/2024

Nombre del Establecimiento de Salud:

Servicio Regional Correspondiente:

CENTRO DE GASTROENTEROLOGIA

METROPOLITANA

Porcentaje de Cumplimiento 100%

No.	Almacén de Medicamentos e Insumos	Si / No No Aplica
1	¿TODAS LAS ÁREAS DEL ALMACÉN ESTÁN DEBIDAMENTE DELIMITADAS E IDENTIFICADAS? (ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN, DE ADMINISTRACIÓN, ETC.)	Si
2	¿SE ENCUENTRAN LIBRES LAS PUERTAS Y LOS ESPACIOS ENTRE LOS ESTANTES Y PALETAS?	Si
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?	Si
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? (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)	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?	Si
19	¿LOS DETERGENTES O PRODUCTOS TÓXICOS QUE PUEDAN DAÑAR A LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SON GUARDADOS EN UN LUGAR DIFERENTE AL ALMACÉN?	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?	Si
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?	Si
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 EN EL ÁREA?	Si
10	¿CUENTAN CON TARIMAS PARA LA UBICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE GRAN CANTIDAD Y VOLUMEN?	Si
11	¿LA FARMACIA ESTÁ 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 Aplica
13	¿REALIZA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE FARMACIA EL CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA Y LA HUMEDAD Y DENTRO DE LAS NEVERAS?	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?	No Aplica
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 Aplica
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?	Si
Nº.	Farmacia de Emergencia	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?	Si
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 EN EL ÁREA?	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?	Si
13	¿REALIZA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE FARMACIA EL CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA Y LA HUMEDAD Y DENTRO DE LAS NEVERAS?	No Aplica
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?	No Aplica
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 Aplica
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?	Si

LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS

RFT	NOMBRE	PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD			
		CEAS	ARV	TB	PF
		100%			
		CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	SI / NO NO APLICA
TRAZADORES CEAS	Acetilcisteína	100 mg /mL	Inyectable	Ampolla 3 mL	Si
	Ceftriaxona	1 g	Inyectable	Vial	Si
	Bromuro De Ipratropio	0.9mg/3 MI	Solución Inhalación	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	No Aplica
	Dinitrato De Isosorbide	5mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Ergometrina Hidromaleato	200 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	No Aplica
	Fitomenadiona (Vit. K)	10 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Furosemida	10 mg/mL	Inyectable	Ampolla 2mL	Si
	Hidralazina Clorhidrato	20 mg	Inyectable	Vial	No Aplica
	Ketorolaco Trometamol	30 mg / mL	Inyectable	Ampolla	No Aplica
	Metildopa	500 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Metronidazol	5 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Nifedipina Sublingual	10 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Omeprazol	40 mg / mL	Polvo Para Inyección	Vial	Si
	Oxitocina Sintética	10 UI	Inyectable	Ampolla	No Aplica
	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 / MI	Inyectable	Vial	Si	
N Butil Bromuro De Hioscina	20 mg / MI	Inyectable	Ampolla 1mL	Si	
Acetaminofén (Paracetamol)	10 mg /mL	Inyectable	Ampolla	Si	
ARV ADULTOS	Abacavir / Lamivudina	600 mg + 300 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Atazavir / Ritonavir	300 mg/ 100mg	Tabletas	Frasco	No Aplica
	Ritonavir	100mg	Tabletas	Frasco	No Aplica
	Efavirenz / Lamivudina / Tenofovir Disoproxil Fumarate	400mg/300mg/300mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz	300mg + 200mg + 600mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Tenofovir / Emtricitabina / Dolutegravir	25mg + 200mg +50mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Tenofovir / Lamivudina / Dolutegravir	300 mg+ 300mg + 50 mg	Tabletas	Frasco	No Aplica
	Raltegravir	400mg	Tabletas	Frasco	No Aplica
	Danuravir	600 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Efavirenz	600 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Emtricitabina / Tenofovir	200 mg/300 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Tenofovir / Lamivudina	300 mg + 300 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Dolutegravir	50mg	Tableta	Frasco	No Aplica

ARV PEDIATRICO	Abacavir	20 mg/ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL	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 ML	No Aplica	
	Nevirapina	50 mg/5ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL	No Aplica	
	Zidovudina	50 mg/5ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL	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	No Aplica	
	Frascos para Toma de Muestra para Baciloscopia	N/A	unidad	Frasco	No Aplica	
TB - 1RA. LINEA	Etambutol	400 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
	Etambutol	100 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
	Isoniazida	100 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
	Isoniazida	300 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
	Pirazinamida	500 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
	Rifampicina	300 mg	Capsula	Blisters	No Aplica	
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 400 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
	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	
	TB-2DA LINEA	Ac. Paraminosalicilico	4 gr	Granulado	Sobre	No Aplica
		Amikacina	500 mg	Solución Inyectable	Ampolla	No Aplica
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	No Aplica	
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	
Levofloxacin		250 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
Levofloxacin		100 mg	Tableta dispersable	Blisters	No Aplica	
Levofloxacin		500 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
Levofloxacin infusión		1000 mg	Solución	Vial	No Aplica	
Linezolid		600 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
Meropenem		500 mg	Polvo	Vial	No Aplica	
Moxifloxacin		100 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
Moxifloxacin		400 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
Pirazinamida		150 mg	Tableta	Blisters	No Aplica	
Pretomanid		200 mg	Tableta	Frasco	No Aplica	
Proteonamida		250 mg	Tableta Recubierta	Blisters	No Aplica	
Vitamina B6		100 Mg 250 Ui	Tableta	Blisters	No Aplica	
VILLAR		Acetato de Medroxiprogesterona (Inyectables)	150 mg/ml	Inyección	Vial X 1 mL	No Aplica
		Etinilestradiol + Levonorgestrel - Píldoras (Ciclos)	0.03 + 0.15 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
		Levonorgestrel - Minipíldoras (Ciclos)	30 mcg	Comprimido	Blisters	No Aplica

PLANIFICACION FA	Levonorgestrel	0.75 mg	Tableta	Blisters	No Aplica
	Etonogestrel / Implantes Sub-Dérmicos (Set)	68 mg	Unidad Deposito	Implante	No Aplica
	Condón Femenino	N/A	Unidad	Caja X 100 Unidades	No Aplica
	Condón Masculino	N/A	unidad	Caja X 144 Unidades	No Aplica
	Dispositivos Intrauterino con Cobre (Diu)	N/A	Unidad	Sobre	No Aplica

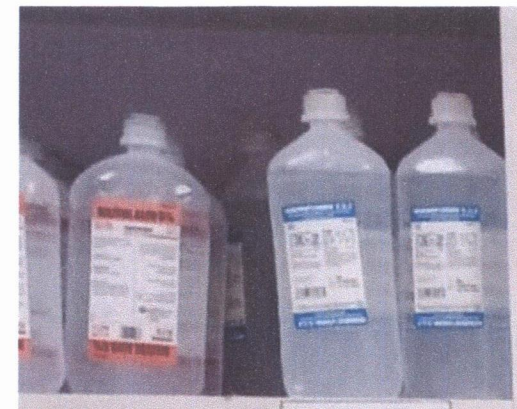
No se debe incluir.



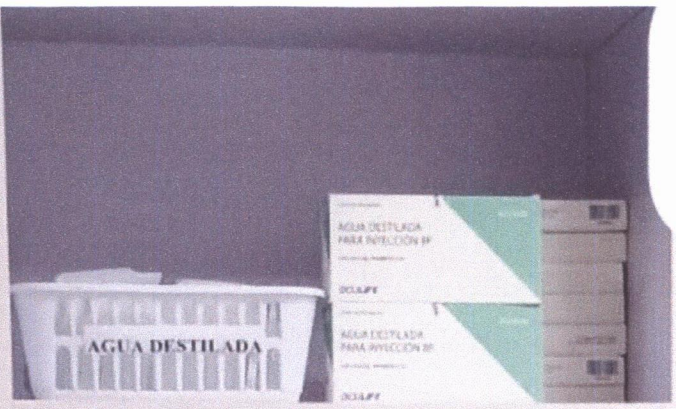


Farmacia

Farmacia



SOL. NEOMER'S 100% N. 3.5 1000ML



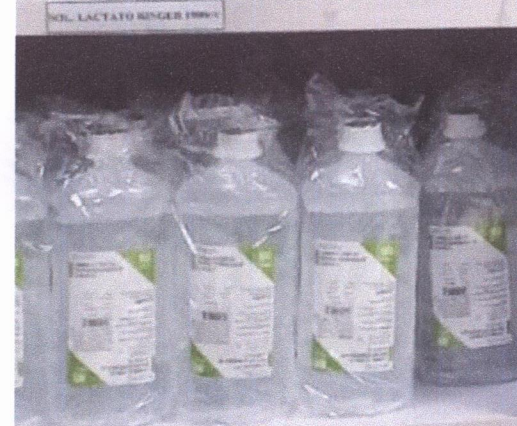
AGUA DESTILADA PARA INYECCION IP



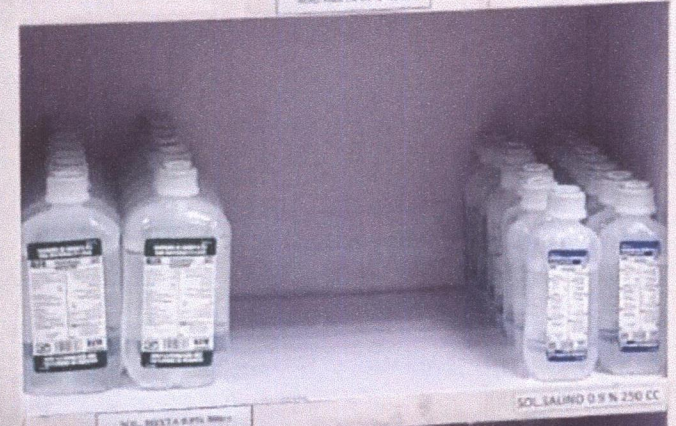
SOL. LACTATO RINGER 1000ML



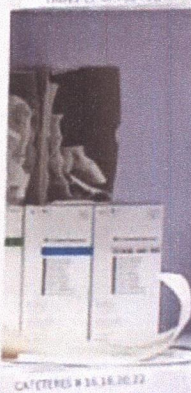
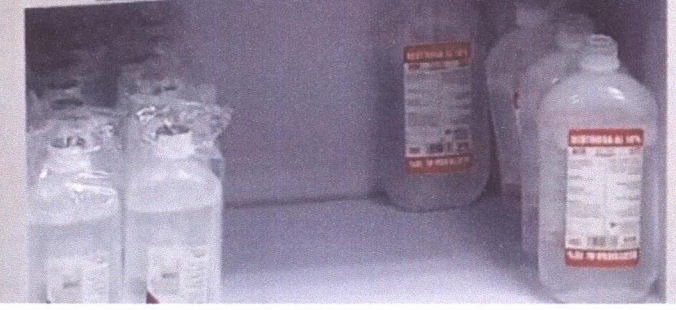
SOL. HEPARINA 0.5% 1000ML

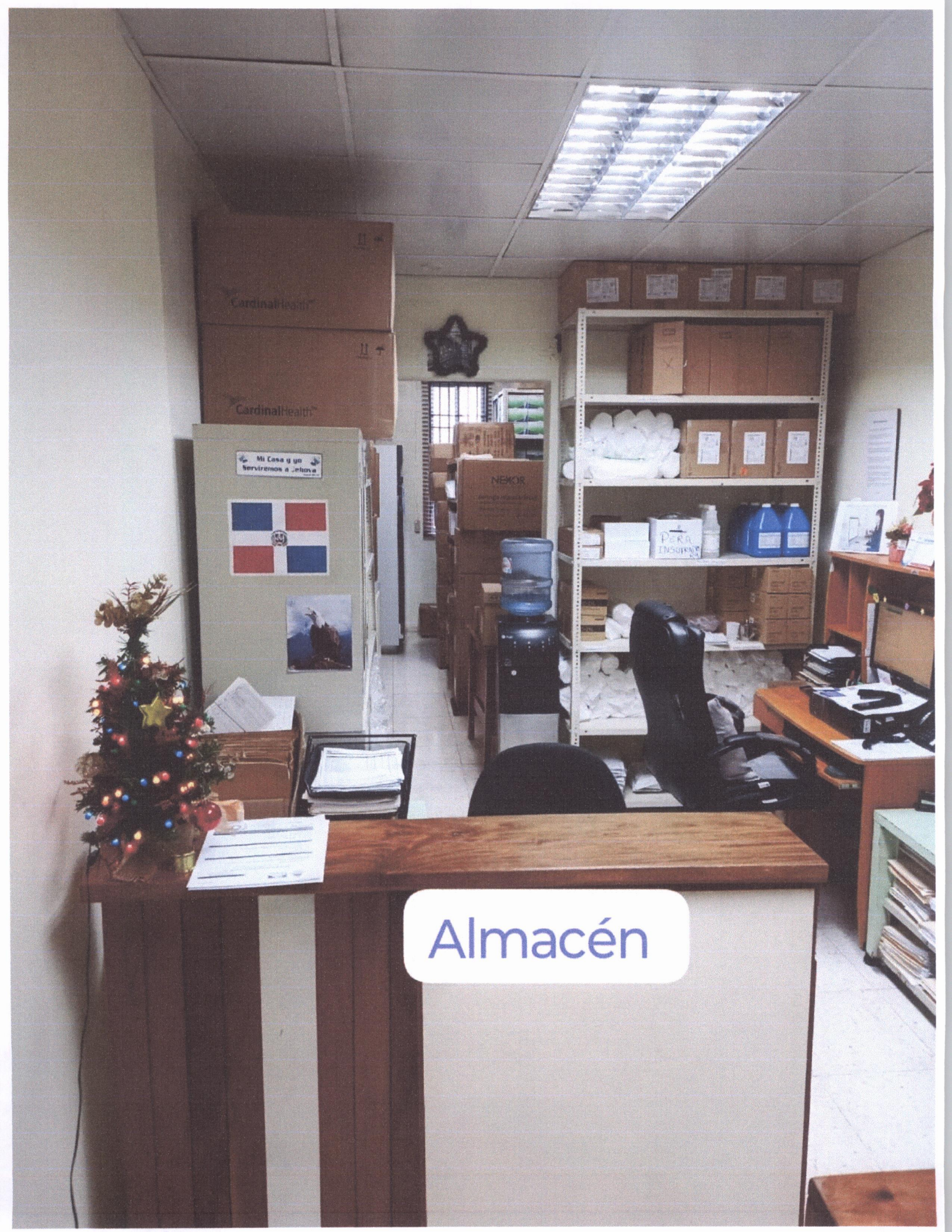


SOL. SALINO 0.9% 1000ML

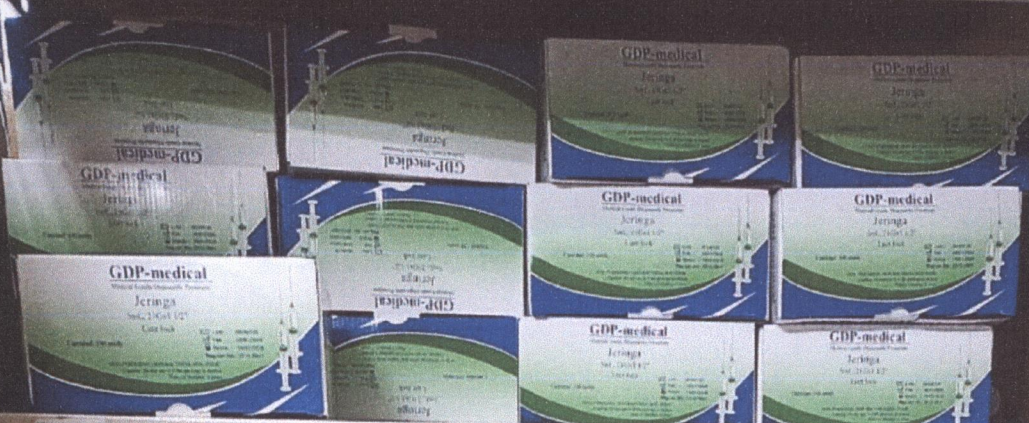


SOL. SALINO 0.9% N. 250 CC





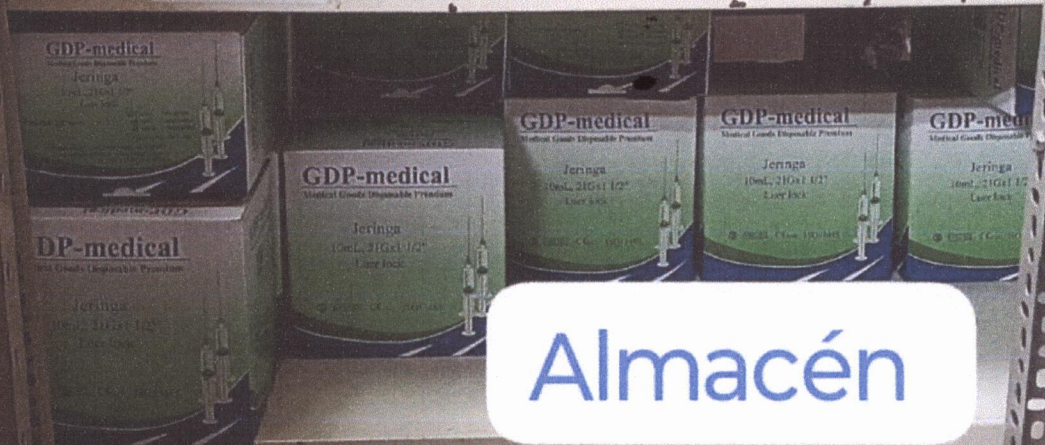
Almacén



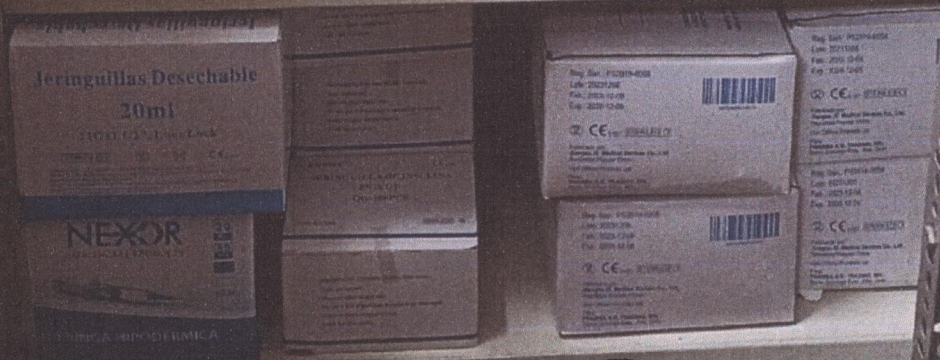
JERINGUILLA 5 CC




JERINGUILLA 10 CC



Almacén



SUBEM 

LISTA DE COMPROBACIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN



1	2	3
<p>1. Verificar:</p> <p>• Tipo de medicamento y presentación.</p> <p>• Cantidad y fecha de recepción.</p> <p>• Estado de conservación.</p> <p>• Fecha de vencimiento.</p> <p>• Procedimiento de recepción.</p>	<p>2. Verificar:</p> <p>• Nombre del medicamento.</p> <p>• Dosis y frecuencia de uso.</p> <p>• Fecha de recepción.</p> <p>• Fecha de vencimiento.</p> <p>• Procedimiento de recepción.</p>	<p>3. Verificar:</p> <p>• Nombre del medicamento.</p> <p>• Dosis y frecuencia de uso.</p> <p>• Fecha de recepción.</p> <p>• Fecha de vencimiento.</p> <p>• Procedimiento de recepción.</p>

NOTAS:

- Legible, ordenada.
- Español con acentos.

Contenido:

1. **Legibilidad:** Legible, ordenada, con acentos.
2. **Contenido:** Legible, ordenada, con acentos.
3. **Formato:** Legible, ordenada, con acentos.
4. **Fecha:** Legible, ordenada, con acentos.
5. **Procedimiento:** Legible, ordenada, con acentos.

CON EL APOYO DE  



Almacén



Emergencia