

Nombre del Establecimiento de Salud:

HOSPITAL PROVINCIAL DR. ANGEL CONTRERAS MEJIA

Servicio Regional Correspondiente:

METROPOLITANO REGIONAL O

Fecha: 17-dic-24

| No. | Almacén de Medicamentos e Insumos | SI / 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? | No Aplica |
| 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 | No Aplica |
| 7 | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO, LIMPIOS Y ORDENADOS LOS ESTANTES Y PALETAS? | 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 |

Porcentaje de Cumplimiento 98%



Aracely Socorados

| | | |
|-----|---|-------------------|
| 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 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 |



Antelís Bocadío

| | | |
|-----|---|-------------------|
| 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? | 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? | SI |
| 19 | ¿REALIZO LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROLÓ 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 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? | No |
| 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? | No Aplica |
| 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? | 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 INSULINOS? | SI |
| 16 | ¿SE BARREN Y LIMPIAN LOS PISOS DIARIAMENTE? | SI |
| 17 | ¿SE ELIMINARON DE FARMACIA LA BASURA Y OTROS DESECHOS (GALAS, CARTONES)? | SI |
| 18 | ¿SE REALIZO EL INVENTARIO FÍSICO Y SE ACTUALIZO LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA? | SI |
| 19 | ¿REALIZO LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROL LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS? | SI |
| 20 | ¿SE DAN DE BAJA LOS PRODUCTOS VENCIDOS O DAÑADOS? | SI |



Aracelis J.

LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS

| REF. | NOMBRE | PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD | | | |
|------|--------------------------|------------------------------|---------------------|--------------|----------------------|
| | | CEAS | ARV | TB | PF |
| | | 100% | 0% | 0% | 0% |
| | | CONCENTRACIN | FORMA FARMACUTICA | PRESENTACIN | SI / NO NO APLICA |
| | Acetilcisteina | 100 mg/ml | Inyectable | Ampolla 3 ml | SI |
| | Ceftriaxona | 1 g | Inyectable | Vial | SI |
| | Bromuro De Ipratropio | 0.9mg/3 MI | Solucin Inhalacin | Frasco | SI |
| | Cloruro De Sodio | 0.9% / 1000 ml | Inyectable | Frasco | SI |
| | Dexametasona Fosfato | 4 mg/ml | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Diclofenaco Sdico | 25 mg/ml | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Dinitrato De Isosorbide | 5mg | Tableta | Blistet | SI |
| | Ergometrina Hidromaleato | 200 mg/ml | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Fitomenadiona (Vlt. 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 | Blistet | SI |
| | Metronidazol | 5 mg/ml | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Nifedipina Sublingual | 10 mg | Tableta | Blistet | SI |
| | Omeprazol | 40 mg/ml | Polvo Para Inyeccin | Vial | SI |
| | Oxitocina Sinttica | 10 UI | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Sulfato De Magnesio | 20% | Inyectable | Ampolla | SI |



Diarielis P.

| | | | | |
|--|-----------------------|------------|-------------|-----------|
| Atropina Sulfato | 1mg/ml | Injectable | Ampolla | SI |
| Epinefrina (Adrenalina) | 1 mg/ml | Injectable | Ampolla 1ml | SI |
| Difenhidramina | 10 mg /ml | Injectable | Ampolla | SI |
| Hidrocortisona | 100mg/ml | Injectable | Vial | SI |
| Lactato En Ringer | 1000 ml | Injectable | Frasco | SI |
| Amlacina | 500mg | Injectable | Vial | SI |
| Fenitoína Sódica | 250 mg | Injectable | Vial | SI |
| Dextrosa | 50% | Injectable | Vial | SI |
| Metoclopramida Clorhidrato | 5 mg / ml | Injectable | Vial | SI |
| N Butil Bromuro De Hioscina | 20 mg / ml | Injectable | Ampolla 1ml | SI |
| Acetaminofén (Paracetamol) | 10 mg /ml | Injectable | Ampolla | SI |
| Abacavir / Lamivudina | 600 mg + 300 mg | Tableta | Frasco | SI |
| Atazavir / Ritonavir | 300 mg/ 100mg | Tabletas | Frasco | SI |
| Ritonavir | 100mg | Tabletas | Frasco | No Aplica |
| Efavirenz / Lamivudina / Tenofovir Disoproxil Fumarate | 400mg/300mg/300mg | Tableta | Frasco | SI |
| Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz | 300mg + 200mg + 600mg | Tableta | Frasco | No |
| Tenofovir / Emtricitabina / Dolu-tegravir | 25mg + 200mg +50mg | Tableta | Frasco | SI |
| Tenofovir / Lamivudina / Dolu-tegravir | 300 mg+ 300mg + 50 mg | Tabletas | Frasco | No |
| Raltegravir | 400mg | Tabletas | Frasco | SI |
| 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 | SI |
| Dolu-tegravir | 50mg | Tableta | Frasco | SI |



Plaudis J.

| ARV PEDIATRICO | | | | | |
|---|-------------------------|----------------|-----------------|-----------|--|
| Abacavir | 20 mg/ml | Suspensin Oral | Frasco X 240 ml | No Aplica | |
| Efavirenz | 200 mg | Tableta | Frasco X 30 | SI | |
| 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 | Suspensin Oral | Frasco X 120 MI | No Aplica | |
| Nevirapina | 50 mg/5ml | Suspensin Oral | Frasco X 240 ml | SI | |
| Zidovudina | 50 mg/5ml | Suspensin Oral | Frasco X 240 ml | SI | |
| 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 | SI | |
| Prueba Sifilis Humana | N/A | N/A | Kit X 50 | SI | |
| Pruebas Rpidas para HIV (Tamizaje) | N/A | N/A | Kit X 100 | SI | |
| Prueba Rpidas de HIV (Confirmatoria) | N/A | N/A | Kit X 20 | SI | |
| Kit Para Toma de Muestra DNA-PCR | N/A | N/A | N/A | SI | |
| 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 | SI | |
| Etambutol | 400 mg | Tableta | Blistar | SI | |
| Etambutol | 100 mg | Tableta | Blistar | SI | |
| Isoniazida | 100 mg | Tableta | Blistar | SI | |
| Isoniazida | 300 mg | Tableta | Blistar | No | |
| Pirazinamida | 500 mg | Tableta | Blistar | No | |
| Rifampicina | 300 mg | Capsula | Blistar | No | |
| Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol | 150 mg + 75 mg + 400 mg | Tableta | Blistar | SI | |



Diwinda J

Criterios de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Listado de Trazadores

DMI-FO-018 Versión: 03
Fecha de aprobación: 10/05/2021

| | | | | |
|---|-------------------------|---------------------|------------------|----|
| Rifampicina + Isoniazida | 75 mg + 50 mg | Tableta | Blistero (Disp.) | Si |
| Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida | 75 mg + 50 mg + 150 mg | Tableta | Blistero (Disp.) | Si |
| Rifampicina + Isoniazida + Etambutol | 150 mg + 75 mg + 275 mg | Tableta | Blistero | No |
| Rifapentina | 150 mg | Tableta | Blistero | No |
| Ac. Paraminosalicílico | 4 gr | Granulado | Sobre | No |
| Amikacina | 500 mg | Solucion Inyectable | Ampolla | Si |
| Amoxicilina/Clavulanto | 875/125 Mg | Tableta | Blistero | Si |
| Bedaquilina | 100 mg | Tableta | Blistero | No |
| Capreomicina vial | 1000 mg | Polvoo | Frasco | No |
| Cicloserina | 250 mg | Capsula | Blistero | No |
| Clofazimina | 100 mg | Capsula | Blistero | No |
| Delamanid | 50 mg | Tableta | Blistero | No |
| Etonamida | 250 mg | Tableta | Blistero | No |
| Impipemen/Cilastatina | 500 mg | Polvoo | Vial | Si |
| Kanamicina | 1000 mg | Polvoo | Vial | No |
| Levofloxacina | 250 mg | Tableta | Blistero | No |
| Levofloxacina | 100 mg | Tableta dispersable | Blistero | No |
| Levofloxacina | 500 mg | Tableta | Blistero | Si |
| Levofloxacina Infusión | 1000 mg | Solucion | Vial | Si |
| Linezolid | 600 mg | Tableta | Blistero | No |
| Meropenem | 500 mg | Polvoo | Vial | Si |
| Moxifloxacina | 100 mg | Tableta | Blistero | No |
| Moxifloxacina | 400 mg | Tableta | Blistero | No |
| Pirazinamida | 150 mg | Tableta | Blistero | No |

TB-2DA LINEA



Dianelis L.

| PLANIFICACION FAMILIAR | | | | | | |
|--|----------------|--------------------|---------------------|----|--|--|
| Pretomanid | 200 mg | Tableta | Frasco | No | | |
| Proteonamida | 250 mg | Tableta Recubierta | Blister | No | | |
| Vitamina B6 | 100 Mg 250 UI | Tableta | Blister | No | | |
| Acetato de Medroxiprogesterona (Inyectables) | 150 mg/ml | Inyección | Vial X 1 mL | SI | | |
| Ethinlestradiol + Levonorgestrel - Píldoras (Ciclos) | 0.03 + 0.15 mg | Tableta | Blister | SI | | |
| Levonorgestrel - Minipíldoras (Ciclos) | 30 mcg | Comprimido | Blister | SI | | |
| Levonorgestrel | 0.75 mg | Tableta | Blister | SI | | |
| Etonogestrel / Implantes Sub-Dérmicos (Set) | 68 mg | Unidad Deposito | Implante | SI | | |
| Condón Femenino | N/A | Unidad | Caja X 100 Unidades | SI | | |
| Condón Masculino | N/A | Unidad | Caja X 144 Unidades | SI | | |
| Dispositivos Intrauterino con Cobre (DIU) | N/A | Unidad | Sobre | SI | | |





















































