

Fecha: 19/12/2024

Nombre del Establecimiento de Salud:

HOSPITAL DR RAFAEL CASTRO

Servicio Regional Correspondiente:

NORCENTRAL II

Porcentaje de Cumplimiento 81.3%

No.	Almacén de Medicamentos e Insumos	Si / No Aplica	No
1	¿TODAS LAS ÁREAS DEL ALMACÉN ESTÁN DEBIDAMENTE DELIMITADAS E IDENTIFICADAS? (ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN, DE ADMINISTRACIÓN, ETC.)	No	
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?	No	
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	No	
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?	No	
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?	No	
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 LUGAR DIFERENTE AL ALMACÉN?	Si	
20	¿SE ENCUENTRAN OPERATIVOS TODOS LOS EQUIPOS ELÉCTRICOS DEL ALMACÉN?	No	
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	No
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	

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 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?	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 ADMINISTRACIÓN?	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 EN EL ÁREA?	No Aplica
10	¿CUENTAN CON TARIMAS PARA LA UBICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE GRAN CANTIDAD Y VOLUMEN?	No Aplica
11	¿LA FARMACIA ESTÁ 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 NEVERAS?	No Aplica
14	¿ORGANIZA Y UTILIZA LOS PRODUCTOS SEGÚN METODOLOGÍA PEPE (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)?	No Aplica
15	¿ACTUALIZA DIARIAMENTE LAS TARJETAS 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

Raquel Ortega



LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS

PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD

CEAS	ARV	TB	PF
96%	100%	60%	88%
CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN	SI / NO NO APLICA

REF.	NOMBRE	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN	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	Si
	Dinitrato De Isosorbide	5mg	Tableta	Blistér	No
	Ergometrina Hidromaleato	200 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Fitomenadiona (Vit. K)	10 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Furosemda	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	Blistér	No Aplica
	Metronidazol	5 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Nifedipina Sublingual	10 mg	Tableta	Blistér	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 /MI	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	Si
	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					
	Efavirenz	20 mg/ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL	No Aplica	
	Efavirenz	200 mg	Tableta	Frasco X 30	No Aplica	
	Raltegravir	50 mg	Tableta	Frasco X 30	No Aplica	
	Lopinavir / Ritonavir	25mg	Tableta	Frasco	No Aplica	
	Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)	100 mg + 25 mg	Tableta	Frasco	No Aplica	
	Nevirapina	80 mg + 20 mg	Suspensión Oral	Frasco X 120 MI	No Aplica	
	Zidovudina	50 mg/5ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL	No Aplica	
	Zidovudina / Lamivudina	50 mg/5ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL	No Aplica	
Zidovudina / Lamivudina / Nevirapina	60 mg + 30 mg	Tableta	Frasco	No Aplica		
Formula Infantil	60 mg + 30 mg + 50 mg	Tableta	Frasco	No Aplica		
PRUEBAS	Prueba Sífilis Humana	N/A	Lata	Lata	No Aplica	
	Pruebas Rápidas para HIV (Tamizaje)	N/A	N/A	Kit X 50	No Aplica	
	Prueba Rápidas de HIV (Confirmatoria)	N/A	N/A	Kit X 100	Si	
OTROS	Kit Para Toma de Muestra DNA-PCR	N/A	N/A	Kit X 20	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	N/A	N/A	Si	
TB - 1BA- LINEA	Etambutol	N/A	unidad	Frasco	Si	
	Etambutol	400 mg	Tableta	Blister	Si	
	Isoniazida	100 mg	Tableta	Blister	Si	
	Isoniazida	100 mg	Tableta	Blister	Si	
	Pirazinamida	300 mg	Tableta	Blister	Si	
	Rifampicina	500 mg	Tableta	Blister	No	
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol	300 mg	Capsula	Blister	No	
	Rifampicina + Isoniazida	150 mg + 75 mg + 400 mg	Tableta	Blister	Si	
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida	75 mg + 50 mg	Tableta	Blister (Disp.)	No	
	Rifampicina + Isoniazida + Etambutol	75 mg + 50 mg + 150 mg	Tableta	Blister (Disp.)	No	
	Rifapentina	150 mg + 75 mg + 275 mg	Tableta	Blister	Si	
	TB-2DA LINEA	Ac. Paraminosalicílico	150 mg	Tableta	Blister	No Aplica
		Amikacina	4 gr	Granulado	Sobre	Si
Amoxicilina/Clavulanto		500 mg	Solución Inyectable	Ampolla	No Aplica	
Bedaquilina		875/125 Mg	Tableta	Blister	No Aplica	
Capreomicina vial		100 mg	Tableta	Blister	No Aplica	
Cicloserina		1000 mg	Polvo	Frasco	No Aplica	
Clofazimina		250 mg	Capsula	Blister	Si	
Delamanid		100 mg	Capsula	Blister	No	
Etionamida		50 mg	Tableta	Blister	No	
Imipemen/Cilastatina		250 mg	Tableta	Blister	No	
Kanamicina		500 mg	Polvo	Vial	No	
Levofloxacin		1000 mg	Polvo	Vial	No Aplica	
Levofloxacin		250 mg	Tableta	Blister	No Aplica	
Levofloxacin		100 mg	Tableta dispersable	Blister	No Aplica	
Levofloxacin Infusión		500 mg	Tableta	Blister	No	
Linezolid		1000 mg	Solución	Vial	Si	
Meropenem		600 mg	Tableta	Blister	Si	
Moxifloxacin		500 mg	Polvo	Vial	No Aplica	
Moxifloxacin		100 mg	Tableta	Blister	Si	
Pirazinamida		400 mg	Tableta	Blister	Si	
Pretomanid		150 mg	Tableta	Blister	Si	
		200 mg	Tableta	Frasco	No	

PLANIFICACION FAMILIAR	Etinilestradiol + Levonorgestrel - Píldoras (Ciclos)	0.03 + 0.15 mg	Tableta	Blistér	Si
	Levonorgestrel - Minipíldoras (Ciclos)	30 mcg	Comprimido	Blistér	Si
	Levonorgestrel	0.75 mg	Tableta	Blistér	Si
	Etonogestrel / Implantes Sub-Dérmicos (Set)	68 mg	Unidad Deposito	Implante	Si
	Condón Femenino	N/A	Unidad	Caja X 100 Unidades	No
	Condón Masculino	N/A	unidad	Caja X 144 Unidades	Si
	Dispositivos Intrauterino con Cobre (Diu)	N/A	Unidad	Sobre	Si

Raquel Ortega

Servicio Nacional de Salud
Hospital Dr. Rafael Castro
Santiago, R.D.
FARMACIA







Medicamentos Controlados









Ficha de Control de Temperatura y Humedad Ambiental
DNI FO 438 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/2020

Mes: **DICIEMBRE**

Año: **2024**

Lectura											
Fecha:	Hora:	Temperatura				Humedad				Firma:	Observaciones:
		1	2	3	4	1	2	3	4		
2/12/2024	8:00AM/4:00 PM	24	32			34	37				
3/12/2024	8:00AM/4:00 PM	23	30			40	42				
4/12/2024	8:00AM/4:00 PM	24	27			35	38				
5/12/2024	8:00AM/4:00 PM	22	25			37	42				
6/12/2024	8:00AM/4:00 PM	22	25			38	42				
9/12/2024	8:00AM/4:00 PM	22	24			40	42				
10/12/2024	8:00AM/4:00 PM	19	22			42	45				
11/12/2024	8:00AM/4:00 PM	24	32			34	37				
12/12/2024	8:00AM/4:00 PM	23	30			40	42				
13/12/2024	8:00AM/4:00 PM	24	27			35	38				
16/12/2024		19	22			42	45				

Observaciones: _____



4 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC AD AE AF AG AH AI AJ AK
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14

Fecha de aprobación: 25/05/2020

Regional: I
 Lugar: SANTIAGO

Nombre de la SRS: _____
 Establecimiento de Salud: HOSPITAL DR RAFAEL CASTRO
 Nombre del encargado: RAQUEL ORTEGA

Temperatura ambiental:
 Temperatura equipo:

Año: 2024

Tipo y # de equipo: NEVERA

Mes	Hora	Dia del mes																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Enero	8:00AM	30	29	25	27	30	24	25	24		24	25		27	30	24	25	24			30	25	22	24	22	24		25	22	24		
	4:00PM	25	27	27	34	25	27	27	25		27	27			34	25	25	30	27			25	30	25	25	25	25		30	25	25	
Febrero	8:00AM	30	24	25	27	30	24	25	24		24	25			34	25	25	30	27			30	25	22	24	22	24		25	22	24	
	4:00PM	25	27	27	34	25		25	27	27					27	30	24	25	24			25	30	25	25	25	25		30	25	25	
Marzo	8:00AM	30	24	25	27	30		24	24	25					34	25	25	30	27			25	30	25	25	25		30	25	25		
	4:00PM	25	27	27	34	25		25	27	27	24	25	34	25	25	30	27	27	27	24	24	24	25	25	25	25	25		30	25	25	
Abril	8:00AM	30	24	25	27	30		24	24	25	27	27	27	27	30	24	25	24	24	24	25	27	25	22	24	22	24		25	22	24	
	4:00PM	25	27	27	34	25		25	27	27	24	25	34	25	25	30	27	27	27	24	24	24	25	25	25	25	25		30	25	25	
Mayo	8:00AM	30	24	25	27	30		24	24	25	27	27	27	27	30	24	25	24	24	24	25	27	25	22	24	22	24		25	22	24	
	4:00PM	25	27	27	34	25		25	27	27	24	25	34	25	25	30	27	27	27	24	24	24	25	25	25	25	25		30	25	25	
Junio	8:00AM	30	24	25	27	30		24	24	25	27	27	27	27	30	24	25	24	24	24	25	27	25	22	24	22	24		25	22	24	
	4:00PM	25	27	27	34	25		25	27	27	24	25	34	25	25	30	27	27	27	24	24	24	25	25	25	25	25		30	25	25	
Julio	8:00AM	24	25	27	30		24	24	25	27	27	27	27	27	30	24	25	24	24	24	25	27	25	22	24				25			
	4:00PM	27	27	34	25	27	27	24	27	27					27	30	24	25	24	27	27	24	25	22	24				25			
Agosto	8:00AM	24	25	27	30	24	25	27	24	25	27	27	27	27	30	24	25	24	24	24	25	27	25	22	24				25			
	4:00PM	27	27	34	25	27	27	24	27	27					27	30	24	25	24	27	27	24	25	22	24	27	27	24	25	27	24	
Septiembre	8:00AM	24	25	27	30		24	24	25	27	27	27	27	27	30	24	25	24	24	24	25	27	25	22	24	27	27	24	25	27	24	
	4:00PM	27	27	34	25		25	27	27	24	25	27	27	27	24	30	24	25	24			30	25	22	24	27	27	24	25	27	24	
Octubre	8:00AM	24	25	27	30		24	24	25	27	27	27	27	27	30	24	25	24	24	24	25	27	25	22	24			30				
	4:00PM	27	27	34	25		25	27	27	24	25	27	27	27	24	30	24	25	24			30	25	22	24			25	27	24		
Noviembre	8:00AM	24	25	27	30		24	24	25	27	27	27	27	27	30	24	25	24	24	24	25	27	25	22	24			30	24	25	27	
	4:00PM	27	27	34	25		25	27	27	24	25	27	27	27	24	30	24	25	24			30	25	22	24			25	27	24		
Diciembre	8:00AM	24	25	27	30		24	24	25	27	27	27	27	27	30	24	25	24	24	24	25	27	25	22	24			30	24	25	27	
	4:00PM	27	27	34	25		25	27	27	24	25	27	27	27	24	30	24	25	24	30		30	25	22	24			25	27	24		

40 Observaciones
 41
 42
 43
 44
 45
 46

47 Primer registro, entre las 00-03 de la mañana
 48 Segundo registro, entre las 12-2 de la tarde
 49 Rango de temperatura ambiente 25-30
 50 Rango de temperatura equipos: 2-8 grados Celsius

...de / Comp...
mejorar el
de medic...
sal



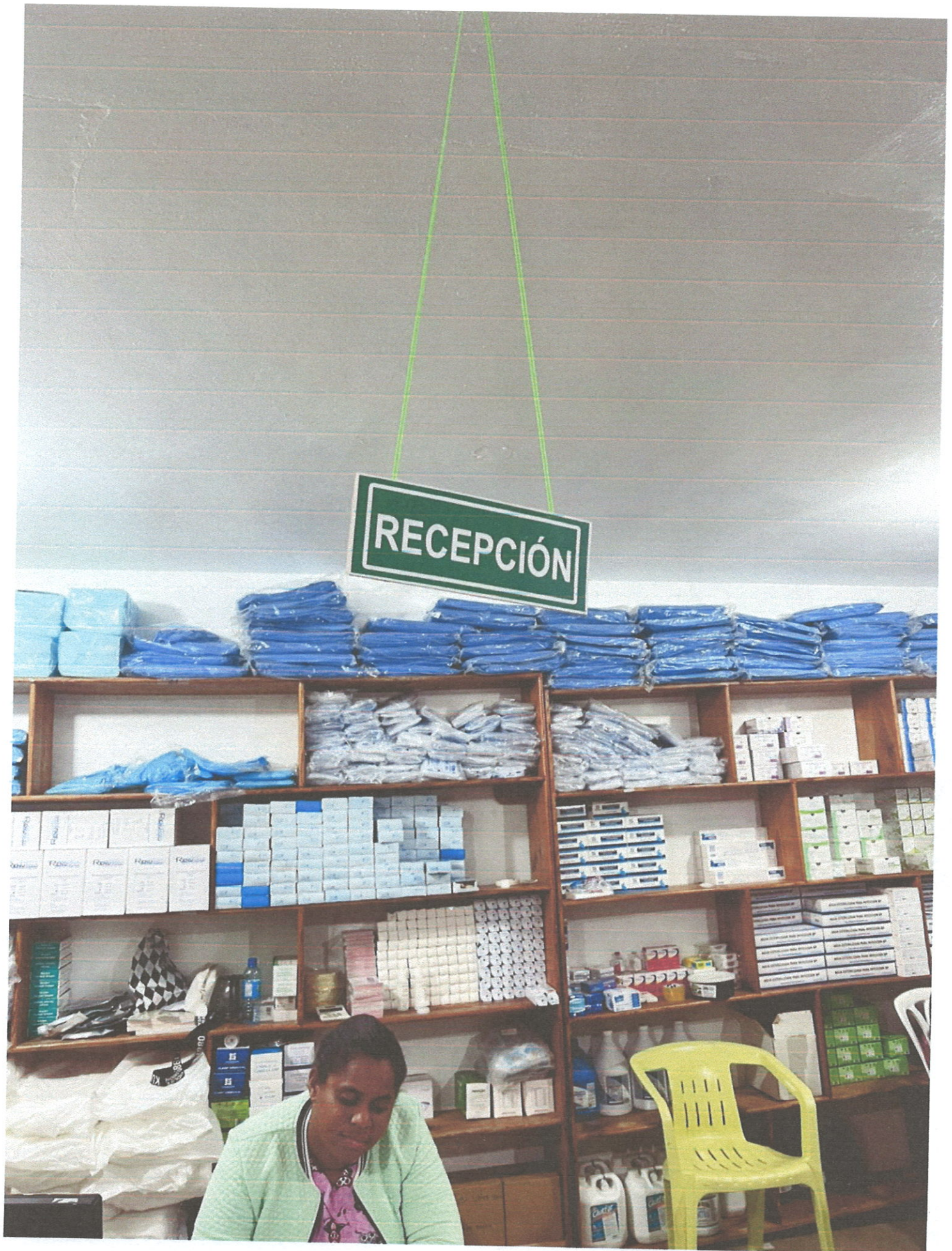
HOSPITAL MUNICIPAL
DR. RAFAEL CASTRO
Excelencia de calidad en los servicios públicos de salud

TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS EN CEAS
DMI-FO-008-Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/03/2020

Nombre: Acido Tranexámico AmBala Stock Máximo: _____
Artículo: AmBala Stock Mínimo: _____
Código: _____

Nº	Documento/Procedencia	Mantenimiento			Observaciones
		Entrada	Salida	Saldo	
20/12/24	Inventario			35	
31/12/24	AmBala		5	30	
14/12/24	B150002327	75		105	
25/12/24	Inventario			120	
23/12/24	Inventario		10	110	
3/12/24	AmBala		20	90	
21/12/24	Stop		20	70	
21/12/24	AmBala		20	50	
11/12/24	Stop	50		100	
31/12/24	B150000944		10	90	
21/12/24	Inventario		20	60	
21/12/24	Stop		20	40	
29/12/24	Stop		20	20	
31/12/24	AmBala			76	
21/12/24	Inventario			126	
17/12/24	B150003492	50			
19/12/24	AmBala		10	116	









VENCIMIENTOS

→ 110, 1134



HOSPITAL MUNICIPAL
DR. RAFAEL CASTRO
Excelencia de calidad en los servicios públicos de salud

TARJETA DE CONTROL DE EXTENSIONES EN CEAS

DMI-FO-008-Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/03/2020

Nombre: Bodemil

Artículo: _____

Código: _____

Stock Máximo: _____

Stock Mínimo: _____

Nº	Documento/Procedencia	Mantenimiento			Observaciones
		Entrada	Salida	Saldo	
31/12/24	Trabaja		12	216	
31/12/24	Trabaja		6	210	
31/12/24	Trabaja		24	186	
31/12/24	E450000000 922	96		282	
31/12/24	Trabaja		12	270	
31/12/24	Trabaja Stop		36	234	
31/12/24	Trabaja		12	222	









Ficha de Control de Temperatura y Humedad Ambiental
 DMI-FO-030 Versión: 01
 Fecha de aprobación: 24/06/2020

Mes: **DICIEMBRE**

Año: **2024**

Lectura

Fecha:	Hora:	Temperatura				Humedad				Firma:	¿Supervisión?
		1	2	3	4	1	2	3	4		
17/12/2024	8:00AM/4:00 PM	24	32			34	37				
18/12/2024	8:00AM/4:00 PM	23	30			40	42				
19/12/2024	8:00AM/4:00 PM	24				35					

Observaciones:

Concentración



