

Fecha: **21/12/2023**

Nombre del Establecimiento de Salud:

CENTRO DE GASTROENTEROLOGIA

Servicio Regional Correspondiente:

METROPOLITANO
Porcentaje de Cumplimiento
91%

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 PALLETES?	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 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 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 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					
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		CEAS	ARV	TB	PF
		72%	10%	0%	0%
REF.	NOMBRE	CONCENTRACION	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACION	SI / NO APLICA
TRAZADORES CLAS	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	Polvero 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 ml	Inyectable	Frasco	SI
	Amikacina	500mg	Inyectable	Vial	SI
	Penitocina 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
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 + 50mg	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
Zidovudina / Lamivudina		300 mg + 150 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
Dolutegravir		50mg	Tableta	Frasco	No Aplica

ARV PEDIÁTRICO	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
		N/A	N/A	N/A	N/A
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	Blistér	No Aplica
	Etambutol	100 mg	Tableta	Blistér	No Aplica
	Isoniazida	100 mg	Tableta	Blistér	No Aplica
	Isoniazida	300 mg	Tableta	Blistér	No Aplica
	Pirazinamida	500 mg	Tableta	Blistér	No Aplica
	Rifampicina	300 mg	Capsula	Blistér	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida	150 mg + 75 mg	Tableta	Blistér	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 400 mg + 25 mg	Tableta	Blistér	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida	75 mg + 50 mg	Tableta	Blistér (Disp.)	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida	75 mg + 50 mg + 250 mg	Tableta	Blistér (Disp.)	No Aplica
Rifampicina + Isoniazida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 25 mg	Tableta	Blistér	No Aplica	
PLANIFICACION FAMILIAR	Acetato de Medroxiprogesterona (inyectables)	150 mg/ml	Inyección	Vial X 1 mL	No Aplica
	Ethinilestradiol + Levonorgestrel - Pildoras (Ciclos)	0.03 + 0.15 mg	Tableta	Blistér	No Aplica
	Levonorgestrel - Mipilidoras (Ciclos)	30 mcg	Comprimido	Blistér	No Aplica
	Levonorgestrel	0.75 mg	Tableta	Blistér	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



Santo Domingo, D.N.
06/12/2023

A: Dr. Anny Mambrú
Directora

Lic. Evelin Martínez
Administradora

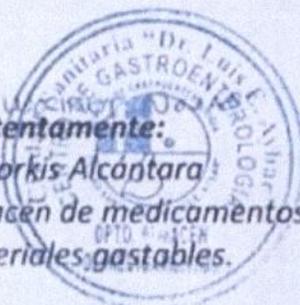
Vía: Lic. Jorge Encarnación
Enc. Contabilidad

Asunto: **INVENTARIO**

Luego de un cordial saludo, me dirijo a ustedes para enviarles el inventario de medicamentos e insumos correspondiente al mes **NOVIEMBRE**, en espera que cumpla con los necesarios del departamento.

Sin más nada se despide.

010
Atentamente:
Lic. Dorkis Alcántara
Enc. Almacén de medicamentos
Y materiales gastables.



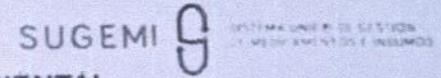
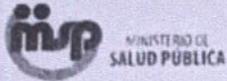
Anexo:
Documento Inventario
CC. Depto. Farmacia.

almacen de Farmacia

Jorge Encarnación
06/12/2023



REGISTROS



FICHA DE CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD AMBIENTAL

Mes: Diciembre

Año: 2023

Fecha	Hora	LECTURA								Firma	Supervisión
		Temperatura				Humedad					
		1	2	3	4	1	2	3	4		
6/12/23	11:00am	24.3		24.2		42.3			42.0		
7/12/23	10:30am	24.2	01:20	23.7		42.3	40.0				
8/12/23	9:00AM	24.0		24.0		42.3	40.0		40.00		
11/12/23	8:00AM	24.2		23.00		42.3	40.00		40.00	A.P.	A.P.
12/12/23	9:00AM	24.4		24.4		43.00	40.00		40.00	A.P.	A.P.
13/12/23	11:00AM	24.2		24.2		42.3	42.3		42.3	A.P.	A.P.
14/12/23	12:00AM	24.00		24.00		42.00	40.00		42.00	A.P.	A.P.
15/12/23	9:00 AM	24.00		23.00		41.5	41		41.5	A.P.	A.P.
18/12/23	8:00 AM	24.05				42.3			42.3	A.P.	A.P.
19/12/23	10:00AM	24.0				42.3			42.3	A.P.	A.P.
20/12/23	9:00 AM	24.2				42.00			42.00	A.P.	A.P.
21/12/23	8:00 AM	24.5				41.2			41.2	A.P.	A.P.

Observaciones: _____

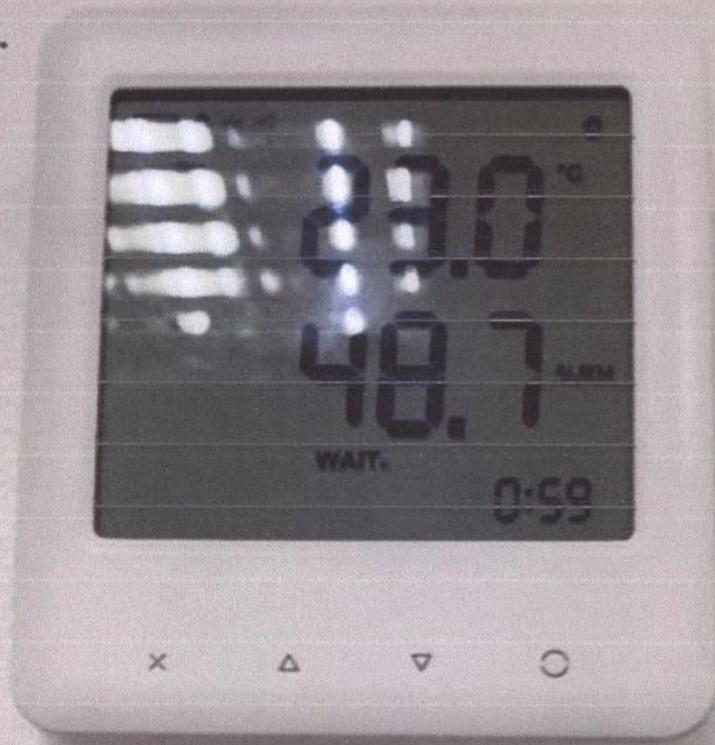
Rango de Temperatura: 15-25C Rango de Humedad: 60-80%

almacen de farmacia



farmacia

farmacia



SERVICIO FARMACIA.

TEMPERATURA:

- AMBIENTE: ENTRE 15 A 25 GRADOS CENTIGRADOS. NUNCA MÁS DE 30-°C.
- DENTRO DE LOS EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN.
- ENTRE 2 Y 8 -°C.

HUMEDAD AMBIENTAL:

- ENTRE 50 % Y 80 % DE HUMEDAD RELATIVA.



FARMACIA

Vencimiento De Medicamentos Del 2023

MES: 06/10/2023

Octubre 2023

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	LOTE	VENCIMIENTO
① Enzimas Digestivas	02	23224	31/10/2023
② Fosfato de Sodio 199 monohidrato	07. Fco 1118ml	191045	31/10/2023
D/O Lic. M. Blanco			
Lectura según Tabla			
① Proctosol (Donaclon) 100ml (Hala donce)			
② Devolvina al Glucosa para per-transporte			
efecto, beneficio para el cruce			
19/10/23			
Noviembre 2023			
Glutapak (R) 15g	07 Sobres	21510	30/11/2023
Lectura según			
usados en el Mes Junio			
19/10/23			



farmacia

emergencia

Sertal Compuesto



emergencia

MASCARILLA PARA
RESPIRACION ADULTO UNICO

Paracetamol
Inyección 10mg/ml
100 ml

Paracetamol
Inyección 10mg/ml
100 ml

Paracetamol
Inyección 10mg/ml
100 ml

CLORURO DE POTASIO
DIAZEPAM 10MG/5ML
Hidro cort 20mg

TRAMADOL 100 mg / 2 ml AMP
DICCIXINA 8.5MG
METOPROLOLOL 10mg / 2ml AMP
CLOPIDOGREL 75MG
ASPIRINA 81
DILTIAZEM 30mg / 2ml AMP

Serial
Serial
Serial
Serial

WATERBURY, CT 06795
WATERBURY, CT 06795
WATERBURY, CT 06795
WATERBURY, CT 06795

50 mg

Premier
M. Nuro
100 mg
50 mg

STETHOSCOPE
dual head
STETHOSCOPE

STETHOSCOPE
dual head
STETHOSCOPE

STETHOSCOPE
dual head
STETHOSCOPE

STETHOSCOPE
dual head
STETHOSCOPE