

Fecha: 14/12/2023

Nombre del Establecimiento de Salud:

HOSPITAL DR. RODOLFO DE LA CRUZ LORA

Servicio Regional Correspondiente:

METROPOLITANO

**Porcentaje de Cumplimiento 87.5%**

| No. | Almacén de Medicamentos e Insumos                                                                                                                      | Si / No<br>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                   |
| 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<br>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?                  | 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?                                                                            | No                   |
| 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 NEVERAS?                      | No                   |
| 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                   |
| 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 CONTROL 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<br>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 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 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 CONTROL 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                |
|                                                |                                                        | 100%                  | 100%                 | 100%         | 100%              |
| REF.                                           | NOMBRE                                                 | CONCENTRACIÓN         | FORMA FARMACÉUTICA   | PRESENTACIÓN | SI / NO NO APLICA |
| TRAZADORES CEAS                                | Acetilcisteina                                         | 100 mg /mL            | Injectable           | Ampolla 3 mL | SI                |
|                                                | Ceftriaxona                                            | 1 g                   | Injectable           | Vial         | SI                |
|                                                | Bromuro De Ipratropio                                  | 0.9mg/3 MI            | Solución Inhalación  | Frasco       | SI                |
|                                                | Cloruro De Sodio                                       | 0.9% / 1000 mL        | Injectable           | Frasco       | SI                |
|                                                | Dexametasona Fosfato                                   | 4 mg/mL               | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Diclofenaco Sódico                                     | 25 mg/mL              | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Dinitrato De Isosorbide                                | 5mg                   | Tableta              | Blister      | SI                |
|                                                | Ergometrina Hidromaleato                               | 200 mg/ mL            | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Fitomenadiona (Vit. K)                                 | 10 mg/ mL             | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Furosemida                                             | 10 mg/mL              | Injectable           | Ampolla 2mL  | SI                |
|                                                | Hidralazina Clorhidrato                                | 20 mg                 | Injectable           | Vial         | SI                |
|                                                | Ketorolaco Trometamol                                  | 30 mg / mL            | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Metildopa                                              | 500 mg                | Tableta              | Blister      | SI                |
|                                                | Metronidazol                                           | 5 mg/ mL              | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Nifedipina Sublingual                                  | 10 mg                 | Tableta              | Blister      | SI                |
|                                                | Omeprazol                                              | 40 mg / mL            | Poivo Para Inyección | Vial         | SI                |
|                                                | Oxitocina Sintética                                    | 10 UI                 | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Sulfato De Magnesio                                    | 20%                   | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Atropina Sulfato                                       | 1mg/ml                | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Epinefrina (Adrenalina)                                | 1 mg/mL               | Injectable           | Ampolla 1mL  | SI                |
|                                                | Difenhidramina                                         | 10 mg /MI             | Injectable           | Ampolla      | SI                |
|                                                | Hidrocortisona                                         | 100mg/ml              | Injectable           | Vial         | SI                |
|                                                | Lactato En Ringer                                      | 1000 MI               | Injectable           | Frasco       | SI                |
|                                                | Amikacina                                              | 500mg                 | Injectable           | Vial         | SI                |
|                                                | Fenitoina Sódica                                       | 250 mg                | Injectable           | Vial         | SI                |
|                                                | Dextrosa                                               | 50%                   | Injectable           | Vial         | SI                |
| Metoclopramida Clorhidrato                     | 5 mg / MI                                              | Injectable            | Vial                 | SI           |                   |
| N Butil Bromuro De Hioscina                    | 20 mg / MI                                             | Injectable            | Ampolla 1mL          | SI           |                   |
| Acetaminofén (Paracetamol)                     | 10 mg /mL                                              | Injectable            | Ampolla              | SI           |                   |
| ARV ADULTOS                                    | Abacavir / Lamivudina                                  | 600 mg + 300 mg       | Tableta              | Frasco       | SI                |
|                                                | Atazavir / Ritonavir                                   | 300 mg/ 100mg         | Tabletas             | Frasco       | SI                |
|                                                | Ritonavir                                              | 100mg                 | Tabletas             | Frasco       | SI                |
|                                                | Efavirenz / Lamivudina / Tenofovir Disoproxil Fumarate | 400mg/300mg/300mg     | Tableta              | Frasco       | SI                |
|                                                | Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz                  | 300mg + 200mg + 600mg | Tableta              | Frasco       | SI                |
|                                                | Tenofovir / Emtricitabina / Dolutegravir               | 25mg + 200mg +50mg    | Tableta              | Frasco       | SI                |
|                                                | Tenofovir / Lamivudina / Dolutegravir                  | 300 mg+ 300mg + 50 mg | Tab'letas            | Frasco       | SI                |
|                                                | Raltegravir                                            | 400mg                 | Tabletas             | Frasco       | SI                |
|                                                | Danuravir                                              | 600 mg                | Tableta              | Frasco       | SI                |
|                                                | Efavirenz                                              | 600 mg                | Tableta              | Frasco       | SI                |
|                                                | Emtricitabina / Tenofovir                              | 200 mg/300 mg         | Tableta              | Frasco       | SI                |
|                                                | Tenofovir / Lamivudina                                 | 300 mg + 300 mg       | Tableta              | Frasco       | SI                |
|                                                | Dolutegravir                                           | 50mg                  | Tableta              | Frasco       | SI                |

|                 |                                                      |                         |                     |                 |    |
|-----------------|------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|-----------------|----|
| ARV PEDIÁTRICO  | Abacavir                                             | 20 mg/ml                | Suspensión Oral     | Frasco X 240 mL | Si |
|                 | Efavirenz                                            | 200 mg                  | Tableta             | Frasco X 30     | Si |
|                 | Efavirenz                                            | 50 mg                   | Tableta             | Frasco X 30     | Si |
|                 | Raltegravir                                          | 25mg                    | Tableta             | Frasco          | Si |
|                 | Lopinavir / Ritonavir                                | 100 mg + 25 mg          | Tableta             | Frasco          | Si |
|                 | Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)                      | 80 mg + 20 mg           | Suspensión Oral     | Frasco X 120 ML | Si |
|                 | Nevirapina                                           | 50 mg/5ml               | Suspensión Oral     | Frasco X 240 mL | Si |
|                 | Zidovudina                                           | 50 mg/5ml               | Suspensión Oral     | Frasco X 240 mL | Si |
|                 | Zidovudina / Lamivudina                              | 60 mg + 30 mg           | Tableta             | Frasco          | Si |
|                 | Zidovudina / Lamivudina / Nevirapina                 | 60 mg + 30 mg + 50 mg   | Tableta             | Frasco          | Si |
| PRUEBAS         | Formula Infantil                                     | N/A                     | Lata                | Lata            | Si |
|                 | Prueba Sifilis Humana                                | N/A                     | N/A                 | Kit X 50        | Si |
|                 | Pruebas Rápidas para HIV (Tamizaje)                  | N/A                     | N/A                 | Kit X 100       | Si |
| OTROS           | Prueba Rápidas 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             | Si |
| TB - 1RA. LINEA | Frascos para Toma de Muestra para Baciloscopia       | N/A                     | unidad              | Frasco          | Si |
|                 | Etambutol                                            | 400 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Etambutol                                            | 100 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Isoniazida                                           | 100 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Isoniazida                                           | 300 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Pirazinamida                                         | 500 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Rifampicina                                          | 300 mg                  | Capsula             | Blister         | Si |
|                 | Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol  | 150 mg + 75 mg + 400 mg | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Rifampicina + Isoniazida                             | 75 mg + 50 mg           | Tableta             | Blister (Disp.) | Si |
|                 | Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida              | 75 mg + 50 mg + 150 mg  | Tableta             | Blister (Disp.) | Si |
| TB - 2DA. LINEA | Rifampicina + Isoniazida + Etambutol                 | 150 mg + 75 mg + 275 mg | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Rifapentina                                          | 150 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Ac. Paraminosalicílico                               | 4 gr                    | Granulado           | Sobre           | Si |
|                 | Amikacina                                            | 500 mg                  | Solución Inyectable | Ampolla         | Si |
|                 | Amoxicilina/Clavulanto                               | 875/125 Mg              | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Bedaquilina                                          | 100 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Capreomicina vial                                    | 1000 mg                 | Poivo               | Frasco          | Si |
|                 | Cicloserina                                          | 250 mg                  | Capsula             | Blister         | Si |
|                 | Clofazimina                                          | 100 mg                  | Capsula             | Blister         | Si |
|                 | Delamanid                                            | 50 mg                   | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Etionamida                                           | 250 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Imipemen/Cilastatina                                 | 500 mg                  | Poivo               | Vial            | Si |
|                 | Kanamicina                                           | 1000 mg                 | Poivo               | Vial            | Si |
|                 | Levofloxacin                                         | 250 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Levofloxacin                                         | 100 mg                  | Tableta dispersable | Blister         | Si |
|                 | Levofloxacin                                         | 500 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Levofloxacin infusión                                | 1000 mg                 | Solución            | Vial            | Si |
|                 | Linezolid                                            | 600 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Meropenem                                            | 500 mg                  | Poivo               | Vial            | Si |
|                 | Moxifloxacin                                         | 100 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Moxifloxacin                                         | 400 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Pirazinamida                                         | 150 mg                  | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Pretomanid                                           | 200 mg                  | Tableta             | Frasco          | Si |
|                 | Proteonamida                                         | 250 mg                  | Tableta Recubierta  | Blister         | Si |
|                 | Vitamina B6                                          | 100 Mg 250 U            | Tableta             | Blister         | Si |
| VILLAR          | Acetato de Medroxioprogesterona (Inyectables)        | 150 mg/ml               | Inyección           | Vial X 1 mL     | Si |
|                 | Etinilestradiol + Levonorgestrel - Píldoras (Ciclos) | 0.03 + 0.15 mg          | Tableta             | Blister         | Si |
|                 | Levonorgestrel - Minipíldoras (Ciclos)               | 30 mcg                  | Comprimido          | Blister         | Si |

|                        |                                             |         |                 |                     |    |
|------------------------|---------------------------------------------|---------|-----------------|---------------------|----|
| PLANIFICACIÓN FAMILIAR | 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 |









