

Fecha: 29/12/2023

Nombre del Establecimiento de Salud:

Servicio Regional Correspondiente:

HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO MUSA, SAN PEDRO DE MACORIS. R. D.

SERVICIO REGIONAL ESTE R. V.

Porcentaje de Cumplimiento 100.0%

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?	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 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 PROTEGIDOS 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?	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 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?	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 CONTROLO LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS?	Si
20	¿SE DAN DE BAJA LOS PRODUCTOS VENCIDOS O DAÑADOS?	Si

Lic. Luis

LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS

PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD					
		CEAS	ARV	TB	PF
		100%	100%		100%
REF.	NOMBRE	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN	SI / NO NO APLICA
TRAZADORES CEAS	Acetilcisteína	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	Polvo 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 /mL	Injectable	Ampolla	Si
	Hidrocortisona	100mg/ml	Injectable	Vial	Si
	Lactato En Ringer	1000 MI	Injectable	Frasco	Si
	Amikacina	500mg	Injectable	Vial	Si
	Fenitoína 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	Tabletas	Frasco	Si
	Raltegravir	400mg	Tabletas	Frasco	Si
	Danuravir	600 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	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

Ali Sam

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	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 Sífilis 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	No Aplica
	Frascos para Toma de Muestra para Baciloscopia	N/A	unidad	Frasco	Si
TB - 1DA LINEA	Etambutol	400 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Etambutol	100 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Isoniazida	100 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Isoniazida	300 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Pirazinamida	500 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Rifampicina	300 mg	Capsula	Blister	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 400 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida	75 mg + 50 mg	Tableta	Blister (Disp.)	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida	75 mg + 50 mg + 150 mg	Tableta	Blister (Disp.)	No Aplica
	Rifampicina + Isoniazida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 275 mg	Tableta	Blister	No Aplica
TB-2DA LINEA	Rifapentina	150 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Ac. Paraminosalicílico	4 gr	Granulado	Sobre	No Aplica
	Amikacina	500 mg	Solución Inyectable	Ampolla	No Aplica
	Amoxicilina/Clavulanto	875/125 Mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Bedaquilina	100 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Capreomicina vial	1000 mg	Polvo	Frasco	No Aplica
	Cicloserina	250 mg	Capsula	Blister	No Aplica
	Clofazimina	100 mg	Capsula	Blister	No Aplica
	Delamanid	50 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Etionamida	250 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Impipemen/Cilastatina	500 mg	Polvo	Vial	No Aplica
	Kanamicina	1000 mg	Polvo	Vial	No Aplica
	Levofloxacina	250 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Levofloxacina	100 mg	Tableta dispersable	Blister	No Aplica
	Levofloxacina	500 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Levofloxacina infusión	1000 mg	Solución	Vial	No Aplica
	Linezolid	600 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Meropenem	500 mg	Polvo	Vial	No Aplica
	Moxifloxacina	100 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Moxifloxacina	400 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Pirazinamida	150 mg	Tableta	Blister	No Aplica
	Pretomanid	200 mg	Tableta	Frasco	No Aplica
	Proteonamida	250 mg	Tableta Recubierta	Blister	No Aplica

Si son

PLANIFICACION FAMILIAR	Vitamina B6	100 Mg 250 Ui	Tableta	Blister	No Aplica
	Acetato de Medroxiprogesterona (Inyectables)	150 mg/ml	Inyección	Vial X 1 mL	Si
	Etinilestradiol + Levonorgestrel - Pildoras (Ciclos)	0.03 + 0.15 mg	Tableta	Blister	Si
	Levonorgestrel - Minipildoras (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

Si

RNC. 430042112

Parámetros no aplica de nuestro hospital

Diciembre 2023

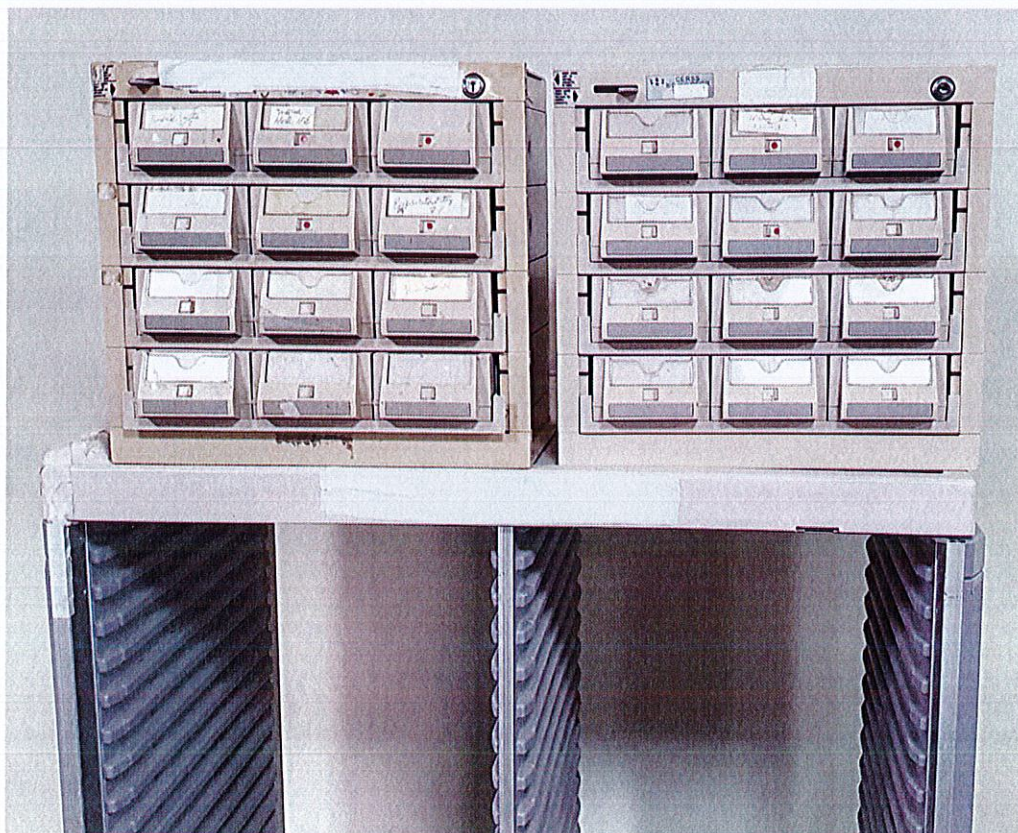
Los medicamentos tb no están en nuestro hospital, están en almacén regional, por lo tanto, no aplican. Los retrovirales que tienen no aplica no son de uso en nuestro hospital, por lo tanto no aplican.



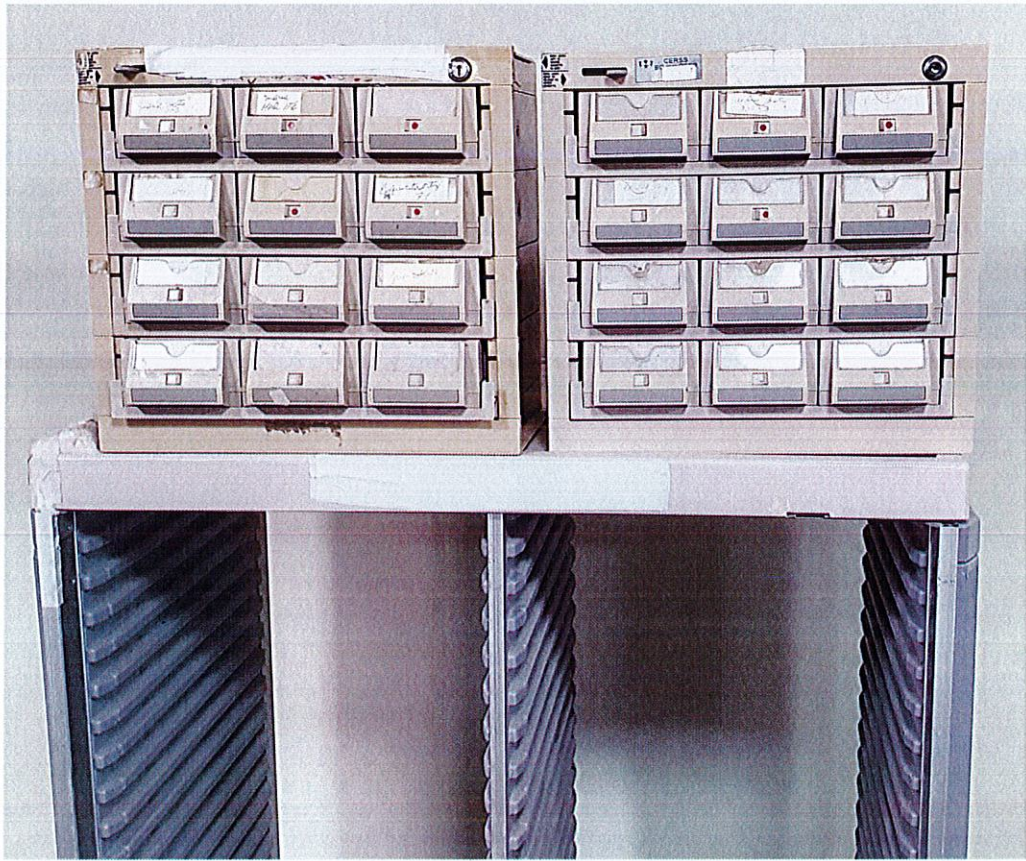
Acetato de Medroxiprogesterona (Inyectable)	150 mg/ml	Inyección	Vial X 1 mL	Si
Etinilestradiol + Levonorgestrel - Píldoras (Ciclos)	0.03 + 0.15 mg	Tableta	Blíster	Si
Levonorgestrel - Minipíldoras (Ciclos)	30 mcg	Comprimido	Blíster	Si
Levonorgestrel	0.75 mg	Tableta	Blíster	Si
Etonogestrel / Implantes 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



29 de Diciembre 2023



Li mi



Lit



Si se



055-23208824
134

ALTERNATIVE CARRIER
USO OFICIAL PROMESA CAL
CANTIDAD: 3635114

055-23208824
134

055-23208824
134

GENCASA
USO OFICIAL PROMESA CAL
CANTIDAD: 3635114

055-23208824
134

055-23208824
134

C.H. Robbins International
345-30205116
SDQ 134
VIA 134
MEIA 134
134

055-23208824
134

055-23208824
134

GENCASA
USO OFICIAL PROMESA CAL
CANTIDAD: 3635114

Liifun



Libra



Liu Lee



Lupin



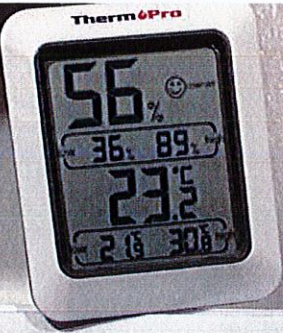
Liu



Liv Mar



Li Sun



REGISTROS

Jaime E. Embrun
2023



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUGEMI

SISTEMA ÚNICO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

FICHA DE CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD AMBIENTAL

Mes: December Año: 2023

LECTURA												Firma	Supervisión
Fecha	Hora	Temperatura				Humedad							
11/12/23	9:00	23.9				52.1							
11/12/23	12:00	24.5				60.1							
11/12/23	3:00	25.0				61.1							
11/12/23	7:00	23.5				57.1							
11/12/23	8:00	25.3				71.1							
11/12/23	2:00	25.8				71.1							
11/12/23	9:00	24.4				65.1							
11/12/23	2:00	25.2				65.1							
11/12/23	2:00	25.0				67.1							
11/12/23	7:00	24.9				53.1							
11/12/23	9:00	24.6				51.1							
11/12/23	2:00					58.1							
Observaciones:													

Li su

Logo Pinar del Rio
100 mg

TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS PARA CEAS SUGEM 8

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *San Juan de los Rios*
NOMBRE DEL PRODUCTO: *Aspirina*
CÓDIGO: *100 mg*

Fecha	Documento procedencia	Entrada	Precio Unitario (a)	Salida	Existencia (b)	Importe Total (a x b)	Observaciones
20-12-23	Aspirina			10	100		
21-12-23	Aspirina			10	100		
22-12-23	Aspirina			20	200		
23-12-23	Aspirina			20	200		
24-12-23	Aspirina			20	200		

minipildora 100 mg

TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS PARA CEAS SUGEM 8

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *San Juan de los Rios*
NOMBRE DEL PRODUCTO: *Aspirina*
CÓDIGO: *100 mg*

Fecha	Documento procedencia	Entrada	Precio Unitario (a)	Salida	Existencia (b)	Importe Total (a x b)	Observaciones
20-12-23	Aspirina			20	200		
21-12-23	Aspirina			15	150		
22-12-23	Aspirina			15	150		
23-12-23	Aspirina			15	150		
24-12-23	Aspirina			20	200		
25-12-23	Aspirina			20	200		
26-12-23	Aspirina			20	200		
27-12-23	Aspirina			20	200		

minipildora 100 mg

TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS PARA CEAS SUGEM 8

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *San Juan de los Rios*
NOMBRE DEL PRODUCTO: *Aspirina*
CÓDIGO: *100 mg*

Fecha	Documento procedencia	Entrada	Precio Unitario (a)	Salida	Existencia (b)	Importe Total (a x b)	Observaciones
20-12-23	Aspirina			20	200		
21-12-23	Aspirina			20	200		
22-12-23	Aspirina			20	200		
23-12-23	Aspirina			20	200		
24-12-23	Aspirina			20	200		
25-12-23	Aspirina			20	200		
26-12-23	Aspirina			20	200		
27-12-23	Aspirina			20	200		

TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS PARA CEAS SUGEM 8

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *San Juan de los Rios*
NOMBRE DEL PRODUCTO: *Aspirina*
CÓDIGO: *100 mg*

Fecha	Documento procedencia	Entrada	Precio Unitario (a)	Salida	Existencia (b)	Importe Total (a x b)	Observaciones
20-12-23	Aspirina			10	100		
21-12-23	Aspirina			10	100		
22-12-23	Aspirina			10	100		
23-12-23	Aspirina			10	100		
24-12-23	Aspirina			10	100		

TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS PARA CEAS SUGEM 8

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *San Juan de los Rios*
NOMBRE DEL PRODUCTO: *Aspirina*
CÓDIGO: *100 mg*

Fecha	Documento procedencia	Entrada	Precio Unitario (a)	Salida	Existencia (b)	Importe Total (a x b)	Observaciones
20-12-23	Aspirina			20	200		
21-12-23	Aspirina			20	200		
22-12-23	Aspirina			20	200		
23-12-23	Aspirina			20	200		
24-12-23	Aspirina			20	200		

TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS PARA CEAS SUGEM 8

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *San Juan de los Rios*
NOMBRE DEL PRODUCTO: *Aspirina*
CÓDIGO: *100 mg*

Fecha	Documento procedencia	Entrada	Precio Unitario (a)	Salida	Existencia (b)	Importe Total (a x b)	Observaciones
20-12-23	Aspirina			20	200		
21-12-23	Aspirina			20	200		
22-12-23	Aspirina			20	200		
23-12-23	Aspirina			20	200		
24-12-23	Aspirina			20	200		

San Juan de los Rios



REGISTROS

farmacia Emulsion
2023



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

SUGEMI 

SISTEMA ÚNICO DE GESTIÓN
DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

FICHA DE CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD AMBIENTAL

Mes: Diciembre Año: 2023

LECTURA												Firma	Supervisión
Fecha	Hora	Temperatura				Humedad							
12/12/23	9:00	23.9				57.4							
13/12/23	9:00	24.5				60.1							
14/12/23	9:00	24.0				61.1							
15/12/23	9:00	23.8				57.1							
16/12/23	9:00	25.2				71.1							
17/12/23	9:00	25.8				71.1							
18/12/23	9:00	24.4				65.1							
19/12/23	9:00	25.2				67.1							
20/12/23	9:00	25.0				53.1							
21/12/23	9:00	24.9				51.1							
22/12/23	9:00	24.6				58.1							
23/12/23	9:00												

Observaciones: _____

Firma de Responsable

Firma de Supervisor

Luz



Luis

PAUTAS BÁSICAS DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS INSUMOS PARA LA SALUD EN LAS FARMACIAS DE CEAS

Región: País: Fecha de la inspección: CIAS:
Encargado del área de almacenamiento:

Lista de verificación del cumplimiento de tareas rutinarias sobre el manejo de productos en farmacia:

01	¿El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada?	☐ SI ☐ NO
02	¿El área cuenta con iluminación y ventilación?	☐ SI ☐ NO
03	¿Los medicamentos e insumos se encuentran protegidos de la luz directa del sol o de la luz blanca fluorescente?	☐ SI ☐ NO
04	¿El área se encuentra libre de humedad y filtraciones?	☐ SI ☐ NO
05	¿El espacio físico es apropiado para el volumen y la cantidad de productos que se manejan?	☐ SI ☐ NO
06	¿El local de farmacia cuenta con áreas delimitadas y diferenciadas: Área de recepción, almacenamiento, dispensación y de administración?	☐ SI ☐ NO
07	¿El local de farmacia cuenta con puertas y ventanas que garanticen la seguridad de los productos?	☐ SI ☐ NO
08	¿El acceso al local de farmacia se limita solo a personal autorizado?	☐ SI ☐ NO
09	¿Las góndolas o vitrinas se encuentran ubicadas -adheridas a la pared, en forma de U o L- facilitando el desplazamiento de personas y productos en el área?	☐ SI ☐ NO
10	¿Cuenta con tarimas para la ubicación de los productos de gran cantidad y volumen?	☐ SI ☐ NO
11	¿La farmacia está climatizada y mantiene temperaturas inferiores a 30 °C?	☐ SI ☐ NO
12	¿El área de farmacia cuenta con mesetas para la preparación de los pedidos?	☐ SI ☐ NO

Tareas diarias:

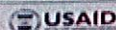
13	Si en farmacia se tienen productos que deban mantenerse fríos: ¿Las neveras se encuentran ubicadas a la distancia de un brazo entre sí, entre ellas y la pared?	☐ SI ☐ NO
14	¿Realiza en las diferentes áreas de farmacia el control y registro diario de la temperatura y humedad y dentro de las neveras? Recuerde: Controle y registre la temperatura a las 9:00 am y 1:00 pm.	☐ SI ☐ NO
15	¿Organiza y utiliza los productos según metodología PEPE (Primeros en Expirar, Primeros en Entregar)?	☐ SI ☐ NO
16	¿Actualiza diariamente las tarjetas de control de existencias de medicamentos e insumos?	☐ SI ☐ NO
17	¿Se barren y limpian los pisos diariamente? Recuerde: Pase con un paño la estantería de arriba hacia abajo y con otro los productos para eliminar el polvo, la suciedad y deseeche los mismos.	☐ SI ☐ NO
18	¿Se eliminaron de farmacia la basura y otros desechos (cajas y cartones)?	☐ SI ☐ NO

Tareas mensuales:

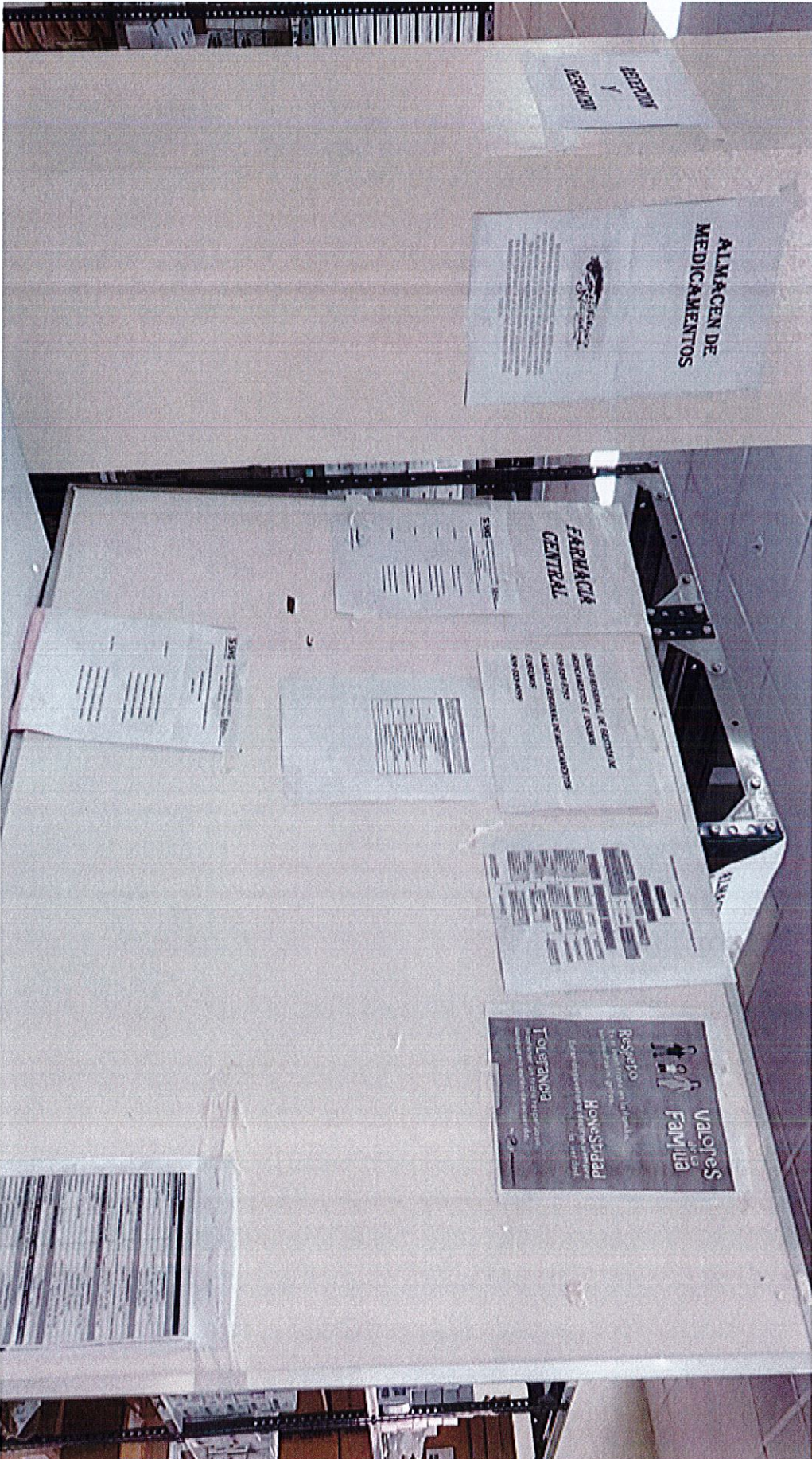
19	¿Realizó el inventario físico y actualizó las tarjetas de control de existencias?	☐ SI ☐ NO
20	¿Realizó la inspección visual y controló la fecha de vencimiento de los productos? Recuerde: Comunicar al almacén los resultados del inventario físico y la situación de las existencias en farmacia.	☐ SI ☐ NO
21	¿Se dan de baja los productos vencidos o dañados? Recuerde: Separe los productos, colóquelos en una zona segura, comuníquelo al almacén y aplique los procedimientos establecidos.	☐ SI ☐ NO

SIAPS

Con el apoyo de:



Lucia



Luis



HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO MUSA



RNC.430042112

Diciembre 2023



mip **TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS PARA CEAS** SUGEMI 

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Unidad de Salud Stock máximo: _____
 NOMBRE DEL PRODUCTO: Amoxicilina 500mg Stock mínimo: _____
 CÓDIGO: _____

Fecha	Documento/ procedencia	Movimiento			Existencia (b)	Importe Total (a x b)	Observaciones
		Entrada	Precio Unitario (a)	Salida			
2/1/2012	SAT			153			
2/1/2012	SAT		14	138			
3/1/2012	SAT		15	123			
4/1/2012	SAT		3	120			
5/1/2012	SAT		6	114			
6/1/2012	SAT		11	103			
7/1/2012	SAT		3	100			
8/1/2012	SAT		3	97			
9/1/2012	SAT		3	94			
10/1/2012	SAT		3	91			
11/1/2012	SAT		2	89			

mip **TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS PARA CEAS** SUGEMI 

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Unidad de Salud Stock máximo: _____
 NOMBRE DEL PRODUCTO: Amoxicilina 500mg Stock mínimo: _____
 CÓDIGO: _____

Fecha	Documento/ procedencia	Movimiento			Existencia (b)	Importe Total (a x b)	Observaciones
		Entrada	Precio Unitario (a)	Salida			
11/1/2012	SAT			9	396		
12/1/2012	SAT			9	387		
13/1/2012	SAT			3	384		
14/1/2012	SAT			3	381		
15/1/2012	SAT			3	378		
16/1/2012	SAT			2	326		
17/1/2012	SAT			6	320		

mip **TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIAS PARA CEAS** SUGEMI 

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Unidad de Salud Stock máximo: _____
 NOMBRE DEL PRODUCTO: Amoxicilina 500mg Stock mínimo: _____
 CÓDIGO: _____

Fecha	Documento/ procedencia	Movimiento			Existencia (b)	Importe Total (a x b)	Observaciones
		Entrada	Precio Unitario (a)	Salida			
20/1/2012	SAT			9	238		
20/1/2012	SAT			18	229		
4/12/2012	SAT			4	202		
5/12/2012	SAT			3	204		
6/12/2012	SAT			12	192		
7/12/2012	SAT			18	174		
8/12/2012	SAT			15	159		
11/12/2012	SAT			17	142		
12/12/2012	SAT			6	136		
12/12/2012	SAT			15	121		
14/12/2012	SAT			3	118		
15/12/2012	SAT			3	115		
19/12/2012	SAT			6	109		
20/12/2012	SAT						

	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
944	5.2	3.3	3.4	3.7																											
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					3.3	3.8	3.5																			
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		
944	3.4	3.3	3.6	3.8	3.8					4.6	6.3	8.3	8																		



Te
L**PRODUCT USE**

ATRACURIO BESILATO

ALBUMINA HUMANA

ERITROPOYETINA

ERGOMETRINA

INMUNOGLOBULINA ANTI D (FACTOR RH)

INMUNOGLOBULINA TETANICA

INSULINA NPH

INSULINA CRISTALINA

INSULINA 70/30

SURFACTANTE PULMONAR

SUXAMETONIO

GASES ARTERIALES

Swinging Door Model Refrigerators (Bottom Mount Compressor)

 Warning
If the red

Warning
If the refrigerator is tipped in excess of 30°, electrical power must not be applied for a minimum of 3 hours after it is set upright. For every additional half-hour in the tipped state, the refrigerator must be set upright without electrical power for a minimum of 3 additional hours. Failure to follow this will cause irreparable damage to the compressor and void the Warranty.

Warning
• Do Not

Warning

- Do NOT cut or remove the ground prong from the power cord.
- Do NOT use a 2-prong plug adapter.
- Do NOT use an extension cord.

The following items should be completed and checked before installation:

- [illegible]

For questions, please refer to Instruction Manual.

Enrico - Julio - Diciembre
- 2022

[illegible]

Product Use

3

PolyM

Temporary Surface
Laser Cutting

Consult Product
Data Sheet for I
Product

3M

PolyMas

Temporary Surface
Laser Cutting **Stain**

Consult Product Technical
Data Sheet for Information on
Product Use

Te
L

PRODUCT USE

Installation Instructions

Swinging Door Model Refrigerators (Bottom Mount Compressor)

Warning

If this refrigerator is tipped in excess of 30°, electrical power must not be applied for a minimum of 3 hours after it is set upright. For every additional half-hour in the tipped state, the refrigerator must be set upright without electrical power for a minimum of 3 additional hours. Failure to follow this will cause irreparable damage to the compressor and will VOID the Warranty.

Warning

- Do NOT cut or remove the ground prong from the power cord.
- Do NOT use a 2-prong plug adapter.
- Do NOT use an extension cord.

Warning

- Do NOT cut or remove the ground prong from the power cord.
- Do NOT use a 2-prong plug adapter.
- Do NOT use an extension cord.

The following items should be compared and checked during installation:

- [illegible]

For questions, please refer to Instruction Manual.

Product Use

3M

PolyM
Temporary Surface
Laser Cutting S

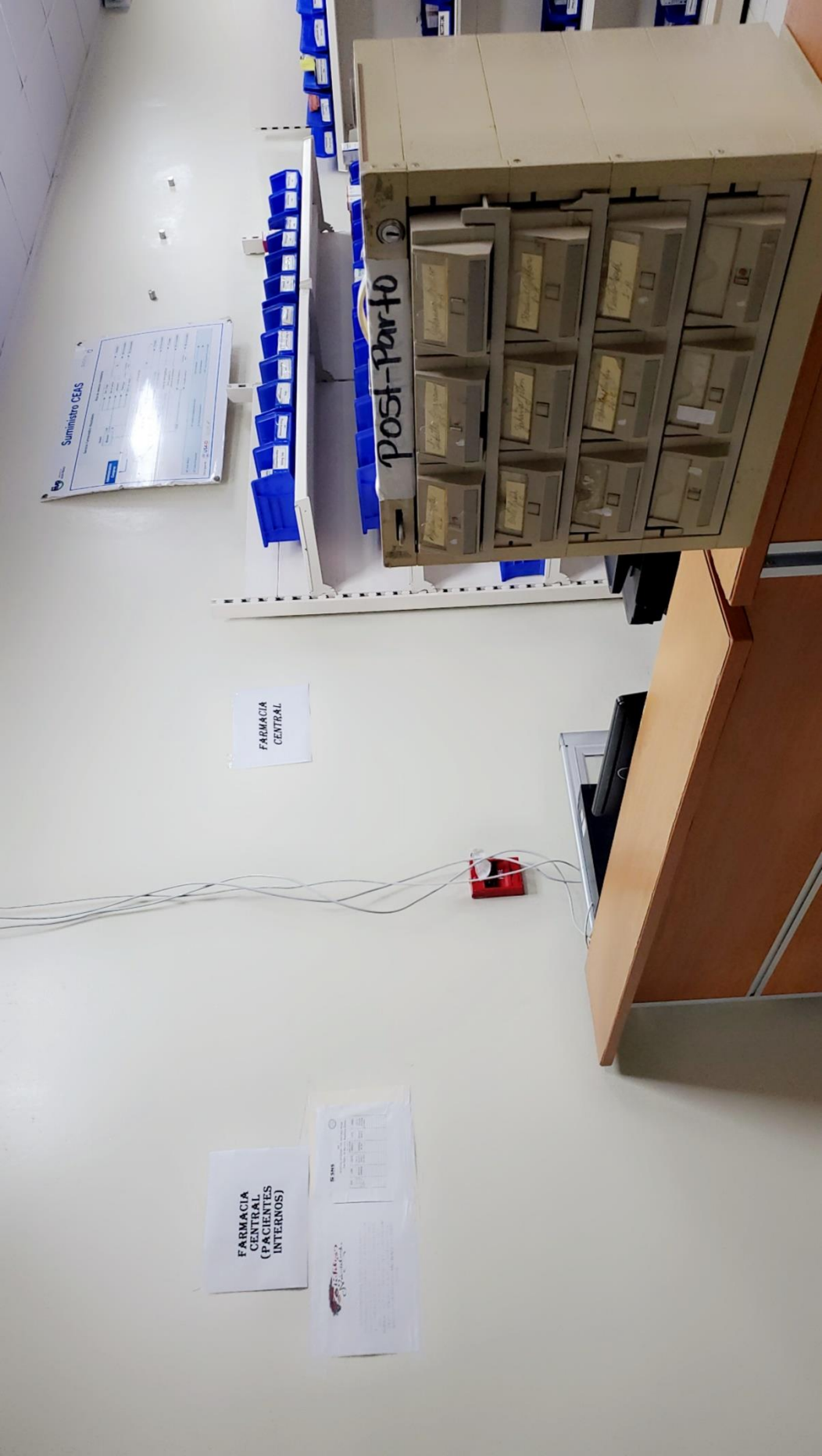
Consult Prod
Data Sheet for I
Product

3M

PolyMas

Temporary Surface Material
Laser Cutting **Stain**

Consult Product Technical
Data Sheet for Information on
Product Use



POR FAVOR CERRAR
LA PUERTA AL SALIR Y
ENTRAR. ESTAMOS
TRABAJANDO PARA
DARLES UN MEJOR
SERVICIO

FARMACIA
CENTRAL
(PACIENTES
INTERNOS)

FARMACIA
CENTRAL
(PACIENTES
INTERNOS)

INDICACIONES

Post-Parto

POR FAVOR CERRAR
LA PUERTA AL SALIR Y
ENTRAR. ESTAMOS
TRABAJANDO PARA
DARLES UN MEJOR
SERVICIO

FARMACIA
CENTRAL
(PACIENTES
INTERNOS)

FARMACIA
CENTRAL
(PACIENTES
INTERNOS)

INDICACIONES

Post-Parto









FARMACIA
CENTRAL
(PACIENTES
INTEROS)

DISPENSACION



22 DIC.

8:51A. M.



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Ficha de Control de Temperatura y Humedad de
DMS-FO-030 Ver
Fecha de aprobación:

Mes: Diciembre

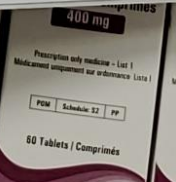
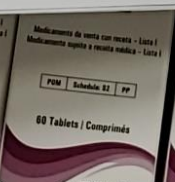
Año: 2023

Lectura

Fecha:	Hora:	Temperatura				Humedad				Firma:	¿Supervisión?
		1	2	3	4	1	2	3	4		
18-12-23	8:44	24%				62%					
	1:04	25%				65%					
19-12-23	9:44	24%				55%					
	1:04	24%				60%					
20-12-23	9:44	24%				58%					
	1:04	26%				60%					
21-12-23	9:44	25%				63%					
	1:04	25%				62%					
22-12-23	9:44	25%				61%					
	1:04										

Rango de Temperatura: 10 °C - 25 °C

Rango de Humedad: 50 % - 60 %



RALTEGRAVIR 400 mg
COMPRIMIDO ORAL
FRASCO x 60 tabletas

22 DIC.

8:52A. M.



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Ficha de Control de Temperatura y Humedad An
DMS-FO-030 Va
Fecha de aprobación:

Mes: Diciembre Año: 2023

Lectura

Fecha:	Hora:	Temperatura				Humedad				Firma:	Supervisión?
		1	2	3	4	1	2	3	4		
18-12-23	5:AM 24% 1:PM 25%					62%					
19-12-23	9:AM 24% 1:PM 24%					55%					
20-12-23	9:AM 24% 1:PM 26%					56%					
21-12-23	9:AM 25% 1:PM 25%					63%					
22-12-23	9:AM 25% 1:PM					62%					

Rango de Temperatura: 15°C - 25°C
Rango de Humedad: 50% - 60%

www.biotravworld.com

RALTEGRAVIR 400 mg
COMPRIMIDO ORAL
FRASCO x 60 tabletas



**NO PASE
SOLO PERSONAL
AUTORIZADO**

SOLO PERSONAL

DE FARMACIA

GRACIAS



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

SUGEMI

PAUTAS BÁSICAS DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LA SALUD EN LAS FARMACIAS DE CEAS

Región: _____ Fecha de la inspección: ____/____/____ CEAS: _____
Farmacia: _____ Encargado del área de almacenamiento: _____

Lista de verificación del cumplimiento de tareas rutinarias sobre el manejo de productos en farmacia:

01	¿El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada?	☐ SI ☐ NO
02	¿El área cuenta con iluminación y ventilación?	☐ SI ☐ NO
03	¿Los medicamentos e insumos se encuentran protegidos de la luz directa del sol o de la luz blanca fluorescente?	☐ SI ☐ NO
04	¿El área se encuentra libre de humedad y filtraciones?	☐ SI ☐ NO
05	¿El espacio físico es apropiado para el volumen y la cantidad de productos que se manejan?	☐ SI ☐ NO
06	¿El local de farmacia cuenta con áreas delimitadas y diferenciadas: Área de recepción, almacenamiento, dispensación y de administración?	☐ SI ☐ NO
07	¿El local de farmacia cuenta con puertas y ventanas que garanticen la seguridad de los productos?	☐ SI ☐ NO
08	¿El acceso al local de farmacia se limita solo a personal autorizado?	☐ SI ☐ NO
09	¿Las góndolas o vitrinas se encuentran ubicadas -adheridas a la pared, en forma de U o L- facilitando el desplazamiento de personas y productos en el área?	☐ SI ☐ NO
10	¿Cuenta con tarimas para la ubicación de los productos de gran cantidad y volumen?	☐ SI ☐ NO
11	¿La farmacia está climatizada y mantiene temperaturas inferiores a 30 °C?	☐ SI ☐ NO
12	¿El área de farmacia cuenta con mesetas para la preparación de los pedidos?	☐ SI ☐ NO

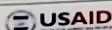
Tareas diarias:

13	Si en farmacia se tienen productos que deban mantenerse fríos: ¿Las neveras se encuentran ubicadas a la distancia de un brazo entre sí, entre ellas y la pared?	☐ SI ☐ NO
14	¿Realiza en las diferentes áreas de farmacia el control y registro diario de la temperatura y humedad y dentro de las neveras? Recuerde: Controle y registre la temperatura a las 9:00 am y 1:00 pm.	☐ SI ☐ NO
15	¿Organiza y utiliza los productos según metodología PEPE (Primeros en Expirar, Primeros en Entregar)?	☐ SI ☐ NO
16	¿Actualiza diariamente las tarjetas de control de existencias de medicamentos e insumos?	☐ SI ☐ NO
17	¿Se barren y limpian los pisos diariamente? Recuerde: Pase con un paño la estantería de arriba hacia abajo y con otro los productos para eliminar el polvo, la suciedad y desecho los mismos.	☐ SI ☐ NO
18	¿Se eliminaron de farmacia la basura y otros desechos (cajas y cartones)?	☐ SI ☐ NO

Tareas mensuales:

19	¿Realizó el inventario físico y actualizó las tarjetas de control de existencias?	☐ SI ☐ NO
20	¿Realizó la inspección visual y controló la fecha de vencimiento de los productos? Recuerde: Comunicar al almacén los resultados del inventario físico y la situación de las existencias en farmacia.	☐ SI ☐ NO
21	¿Se dan de baja los productos vencidos o dañados? Recuerde: Separe los productos, colóquelos en una zona segura, comuníquelo al almacén y aplique los procedimientos establecidos.	☐ SI ☐ NO

Con el apoyo de:



SIAPS

SCALP VEIN SET

Colour Codes and Specifications

0275	Green
0276	Orange
0277	Yellow
0278	Red
0279	Blue
0280	Black

Colour Codes and Specifications

0275	Green
0276	Orange
0277	Yellow
0278	Red
0279	Blue
0280	Black

LOT 20220915
MFG 15/09/2022
EXP 14/09/2027
QTY 5000
REF 20081P
LOT 20220727
MFG 17/07/2022
EXP 16/07/2027



