Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección Vigilancia y Control higiénico sanitaria
a Establecimientos farmacéuticos mayoristas

Acta Número MS 01 N° [redacted] 0120

Subred: Norte Servicios de Salud Número de Inscripción:

Unidad de Servicios de Salud: Norte E.S.E Número de Carpeta:

1. CÉDULA ESTABLECIMIENTO

1.1 Razón social: Medicox LTDA

1.2 Nombre del establecimiento:

1.3 NIT: 830142573-0 | 1.4 Sede: Única

1.5 Dirección: cl 66 19-36 | 1.6 Localidad: Barrios Unidos

1.7 UPZ: Alcazares | 1.8 Teléfono 1 3125498 | 1.9 Teléfono 2: 3125495

1.10 Barrio: Siete de Agosto | 1.11 Correo electronico: administrativo@medicox.com

1.12 Nombre propietario: MEDICOX LTDA

1.13 Tipo de documento: C. C. ☐ C. E. ☐ NIT. ☒ | 1.14 Número documento: 830142573-0

1.15 Nombre representante legal: José Merines Guzman Rocha

1.16 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ | 1.17 Número documento: 79333927

1.18 Persona que atiende la visita: Nelly Morales | 1.19 Cargo: Representante Legal

1.20 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ | 1.21 Número documento: 51829794

1.22 Dirección de notificación: cl 66 19-36 of 301

1.23 Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☒ NO ☐

1.24 Número matrícula mercantil del establecimiento: 0138647

1.25 La matrícula mercantil del establecimiento está actualizada: SI ☒ NO ☐

1.26 Línea de intervención: Medicamentos Seguros | 1.27 Tipo de establecimiento: Deposito

1.28 Intervención: VISITA I.V.C Medicamentos Seguros

1.29 Número de trabajadores: 6 | 1.30 Horario: diurno ☒ nocturno ☐ 24 horas ☐ otro: —

1.31 Días de funcionamiento: lunes a viernes ☒ domingo a domingo ☐ fin de semana ☐ otro: —

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI	MEDIDA SANITARIA NO	MOTIVO
Visita 1	03	03	2020	Favorable		X	(VO) Visita de oficio ✓
Visita 2							(NC) Notificación comunitaria
Visita 3							(AB) Asociada a brote
Visita 4							(SI) Solicitud del interesado Rad. —
							(SO) Solicitud oficial Rad. —

2. TALENTO HUMANO

Aspectos a verificar

2.1 Nombre del Director Técnico: SAMUEL ALEJANDRO SAKHANCH M.

2.2 Tipo de Documento: A ☒ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐

2.3 Número de documento: 80130060

	Cumplimiento		
2.4 Título o permiso de: Tecnologo en Regencia F.	SI ☒	NO ☐	N. A. ☐
2.5 Registro o resolución	SI ☐	NO ☐	N. A. ☒
2.6 Tarjeta Profesional	SI ☐	NO ☐	N. A. ☒
2.7 Horario de trabajo: 8 horas	SI ☒	NO ☐	N. A. ☐
2.8 Al momento de la visita el Director Técnico Estaba presente	SI ☒	NO ☐	
2.9 El establecimiento cuenta con copia del contrato del Director Técnico	SI ☒	NO ☐	N. A. ☐

3. CLASIFICACIÓN DEL DEL ESTABLECIMIENTO

Aspectos a verificar

3.1 Área total del establecimiento (mt2): 635

A. Cédula de ciudadanía | B. Cédula de extranjería | C. Tarjeta de identidad | D. Pasaporte | E. Nit | N. A.: No aplica

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Continuación 3. CLASIFICACIÓN DEL CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		
Aspectos a verificar		
3.2 Agencia de Especialidades Farmacéuticas.	SI	NO X
3.3 Depósito de Drogas.	SI X	NO

4. ASPECTOS LOCATIVOS ADECUADOS Decreto 780 de 2016, Resolución 1403 de 2007 Numeral 1.1 Capitulo II Título I del manual de condiciones esenciales		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
4.1 Los pisos son de material impermeable, resistente, con sistema de drenaje para su fácil limpieza y sanitización	SI X	NO
4.2 Las paredes son impermeables, sólidas, de fácil limpieza, resistentes a factores ambientales como humedad Y temperatura.	SI X	NO
4.3 Los techos están limpios y no presentan acumulación de suciedades, hongos, polvo o humedad	SI X	NO
4.4 El o las áreas de almacenamiento son independientes, diferenciadas, señalizadas y presentan condiciones ambientales de humedad relativa y temperatura controladas	SI X	NO
4.5 La Iluminación artificial y/o natural permite la conservación adecuada de medicamentos, dispositivos médicos y otros productos farmacéuticos	SI X	NO
4.6 Las instalaciones eléctricas presentan plafones en buen estado, tomas, interruptores y cableado protegido	SI X	NO
4.7 La ventilación natural y/o artificial garantiza la conservación adecuada de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos	SI X	NO

5. . ÁREAS DEFINIDAS, INDEPENDIENTES, DEMARCADAS Y SEÑALIZADAS Decreto 780 de 2016 y Resolución 1403 Numeral 2,2 Capitulo IV, Título I del manual de condiciones esenciales			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
5.1 Área administrativa debidamente delimitada	SI X	NO	
5.2 Área para la recepción de medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos	SI X	NO	
5.3 Área de cuarentena de medicamentos y demás productos farmacéuticos	SI X	NO	
5.4 Área para almacenamiento, teniendo en cuenta los tipos de productos que se van a distribuir	SI X	NO	
5.5 Área adecuada y segura para el almacenamiento de medicamentos de control especial	SI X	NO	
5.6 Área apropiada para el almacenamiento de materias primas y medicamentos que requieren cadena de frio	SI	NO X	N.A
5.7 Área segura para el almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos que deben ser destruidos y/o desnaturalizados por vencimiento, avería y/o deterioro	SI X	NO	
5.8 Área destinada y segura para el almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos que deben ser rechazados, devueltos y/o retirados del mercado	SI X	NO	
5.9 Área destinada al alistamiento y/o despacho (Picking)	SI X	NO	
5.10 Área independiente de reenvase de materia prima farmacéutica o de grado técnico en caso de realizarlo	SI	NO X	N.A
5.11 Área para manejo y disposición de residuos de acuerdo con la reglamentación vigente	SI X	NO	
5.12 Las áreas están alejadas de sitios de alta contaminación	SI X	NO	
5.13 Se facilita la circulación de personas y objetos en estas áreas	SI X	NO	

6. PRODUCTOS			
Aspectos a verificar			
6.1 Medicamentos alopáticos	SI X	NO	N. A.
6.2 Medicamentos que requieren cadena de frio	SI	NO	N. A.
6.3 Medicamentos de control especial	SI X	NO	N. A.
6.4 Acta de Arqueo número	SI X	NO	N. A.
6.5 Cosméticos	SI	NO	N. A. X
6.6 Suplementos dietarios	SI X	NO	N. A.
6.7 Productos fitoterapéuticos	SI	NO	N. A. X
6.8 Dispositivos médicos	SI X	NO	N. A.
6.9 Reactivos de diagnóstico	SI X	NO	N. A.
6.10 Alimentos procesados	SI	NO	N. A. X
6.11 Materias primas para medicamentos	SI	NO	N. A. X
6.12 Materias primas para cosméticos	SI	NO	N. A. X
6.13 Materias primas para alimentos	SI	NO	N. A. X

N. A.: No aplica

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Continuación 6. PRODUCTOS			
Aspectos a verificar			
6.14 Productos químicos (Reactivos para laboratorio, tintas, etc.).	SI	NO	N.A. X
6.15 Otros (insumos varios como productos veterinarios, de aseo y limpieza, tecnología, industria automotriz, ropa, etc.).	SI	NO	N.A. X

7. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
7.1 Se cuenta con control de fechas de vencimiento	SI X	NO
7.2 Se cuenta con mecanismos que garanticen condiciones de temperatura y humedad relativa	SI X	NO
7.3 Se cuenta con registros de condiciones de temperatura y humedad actualizados	SI X	NO
7.4 Se cuentan con termohigrometros debidamente calibrados	SI X	NO
7.5 Se cuentan con criterio de almacenamiento que minimice eventos de confusión, pérdida y/o vencimiento	SI X	NO
7.6 Se cuentan con condiciones de almacenamiento de acuerdo a lo informado por los fabricantes de los productos	SI X	NO
7.7 Se cuentan con condiciones de limpieza adecuadas en cada área	SI X	NO
7.8 Se cuentan con almacenamiento de sustancias peligrosas independientemente y demarcadas	SI	NO X N.A.
7.9 Se cuentan con almacenamiento de productos farmacéuticos debidamente estibados en material sanitario y fácil de limpiar	SI X	NO
7.10 El etiquetado de empaque y envases de los productos verificados cumple con la normatividad sanitaria	SI X	NO

8. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE REQUIEREN CADENA DE FRIO N.A.			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
8.1 El o los cuartos fríos cuentan con mecanismos que registran la temperatura	SI	NO	N.A. X
8.2 Los mecanismos que registran la temperatura de los cuartos fríos se calibran periódicamente (como mínimo cada año)	SI	NO	N.A. X
8.3 El número y capacidad de los cuartos fríos se encuentra acorde con la cantidad y volumen de productos farmacéuticos allí almacenados	SI	NO	N.A. X
8.4 Cuentan con plan de contingencia en caso de interrupción de la energía eléctrica o daño de unidades refrigerantes que permita que el medicamento y demás productos farmacéuticos que lo requieran conserven la cadena de frío	SI	NO	N.A. X

9. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES CONTROL LOGÍSTICO		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
9.1 Recibo	SI X	NO
9.2 Almacenamiento	SI X	NO
9.3 Aislamiento de mercancía	SI X	NO
9.4 Gestión de inventarios	SI X	NO
9.5 Embalaje	SI X	NO
9.6 Devoluciones	SI X	NO
9.7 Otros	SI X	NO

10. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES TRANSPORTE		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
10.1 Administración	SI X	NO
10.2 Coordinación de despachos	SI X	NO
10.3 Distribución	SI X	NO
10.4 Cargue	SI X	NO
10.5 Descargue	SI X	NO

11. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES ACONDICIONAMIENTO SECUNDARIO			
Aspectos a verificar			
11.1 Codificado	SI	NO	N.A. X
11.2 Termoencogido de medicamentos	SI	NO	N.A. X
11.3 Etiquetado y/o desetiquetado	SI	NO	N.A. X
11.4 Estuchado y/o desestuchado	SI	NO	N.A. X
11.5 Colocación de sticker, código de barras/censor.	SI	NO	N.A. X
11.6 Revisión	SI	NO	N.A. X
11.7 Otros	SI	NO	N.A. X

N. A.: No aplica

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

12. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REENVASE DE MATERIAS PRIMAS (Decreto 1950 de 1964-Decreto 780 de 2016-Resolución 1403 de 2007 y el Manual que Adopta)			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
12.1 Reenvase de Materias Primas grado farmacéutico, (ej. USP, para fabricación de medicamentos,cosméticos etc.)	SI	NO	N. A. X
12.2 El reenvase de materias primas se realiza en sección independiente y cuenta con las instalaciones y la dotación necesaria para realización del reenvase	SI	NO	N. A. X
12.3 En los rótulos o etiquetas de los productos reenvasados, figura el nombre del establecimiento, el del profesional responsable, el nombre comercial y genérico del producto, el peso o volumen del mismo, y la edición de la Farmacopea a que pertenezca	SI	NO	N. A. X
12.4 El establecimiento para el reenvase de material prima, cuenta con profesional Químico Farmacéutico como Director Técnico responsible	SI	NO	N. A. X
12.5 Para el reenvase de materias primas, el establecimiento cuenta con los protocolos según Resolución 1403 de 2007 y el Manual que adopta (Título I, Capítulo IV Numeral 2.4) tales como Limpieza y desinfección de áreas, Desinfección personal, Ingreso a las áreas, Contaminación accidental, Control físico-químico y microbiano, Uso, calibración, desinfección y mantenimiento de equipos	SI	NO	N. A. X

13. RETIRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DEL MERCADO. (Resolución 1403 de 2007, Capitulo VII, Art. 26)		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
13.1 Cuenta la organización con personal capacitado y responsable, en el caso de retiro de productos farmacéuticos del mercado cuando así se requiera	SI X	NO
13.2 Se tienen procedimientos escritos para el retiro inmediato de aquellos medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos que así lo requieran	SI X	NO
13.3 Se tienen registros de las entregas de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos que permitan la identificación inmediata del destino de los productos comercializados (trazabilidad).	SI X	NO
13.4 Los productos farmacéuticos motivo de retiro del mercado se separan del inventario y del sitio de almacenamiento a un área segura	SI X	NO
13.5 Se informa al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y alimentos INVIMA dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes al retiro de los productos farmacéuticos	SI X	NO

14. TRANSPORTE (Numeral 7 Capitulo III Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos especiales del Servicio Farmacéutico)		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
14.1 Los medicamentos y demás productos farmacéuticos se encuentran en embalaje que garanticen la protección adecuada contra todos los aspectos externos	SI X	NO
14.2 Se informa al transportador las características de los medicamentos y las condiciones especiales para el almacenamiento, embalaje, cargue, ubicación en el medio de transporte y entrega técnica al destinatario	SI X	NO
14.3 Existen controles y registros que demuestren que se cumplen las condiciones especiales de almacenamiento para aquellos medicamentos y/o productos farmacéuticos que así lo requieran (medicamentos que requieren cadena de frío, radiofármacos etc.)	SI X	NO
14.4 Se entregaron los documentos necesarios para el cumplimiento del transporte y las formalidades de aduana, policía y sanidad	SI X	NO
14.5 Se señaló al transportador las características restringidas de los medicamentos y/o materias primas a transportar indicando las condiciones especiales de manejo y las precauciones que deben adoptarse (materias primas y/o medicamentos de control especial)	SI X	NO
14.6 El rotulado de los embalajes de los medicamentos y demás productos farmacéuticos es indeleble y claro.	SI X	NO

15. CERTIFICACIONES Y RESOLUCIONES			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
15.1 Resolución de Inscripción ante el Fondo Nacional de Estupefacientes para medicamentos de control especial	SI X	NO	N. A.
15.2 Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura para el Acondicionamiento Secundario	SI	NO	N. A. X
15.3 Certificado de Capacidad de almacenamiento y/o Acondicionamiento de Dispositivos Médicos/Reactivos de diagnóstico	SI	NO	N. A. X

16. CONDICIONES SANITARIAS		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
16.1 Existen recipientes suficientes, adecuados, bien ubicados e identificados para la recolección interna de desechos sólidos o basuras. Los cuales cuentan con tapa	SI X	NO
16.2 Las basuras son retiradas con la frecuencia necesaria para evitar generación de olores, molestias sanitarias, contaminación del producto y/o superficies y proliferación de plagas	SI X	NO

N. A.: No aplica

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Continuación 16. CONDICIONES SANITARIAS		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
16.3 Existe un local e instalación destinada exclusivamente para el depósito temporal de los residuos sólidos, adecuadamente ubicado, protegido y en perfecto estado de mantenimiento	SI X	NO
16.2 Existen registros de realización de inspección, limpieza y desinfección periódica en las diferentes áreas, equipos, utensilios y manipuladores	SI X	NO
16.2 Existen procedimientos escritos y registros sobre el control de plagas con una empresa autorizada por la autoridad competente	SI X	NO

17. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (Art. 17 Capitulo IV de la Resolución 1403 de 2007)		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
17.1 Contiene la estructura interna y las principales funciones.	SI X	NO
17.2 Describe usuarios o beneficiarios de los servicios prestados y el nivel de satisfacción relacionada con las funciones a cargo y la calidad de las mismas.	SI X	NO
17.3 Relaciona los proveedores de materias primas, medicamentos y dispositivos médicos.	SI X	NO
17.4 Se evidencia que los procesos propios del establecimiento se efectúan según procedimientos documentados, existiendo evidencia de su seguimiento, análisis y medición.	SI X	NO
17.5 Describe los procesos estratégicos y críticos que resultan determinantes de la calidad, su secuencia e interacción, según criterios técnicos previamente definidos.	SI X	NO
17.6 Describe los criterios y métodos necesarios para asegurar que los procesos sean eficaces tanto en su operación como en su control.	SI X	NO
17.7 Describe puntos de control para riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que impacten considerablemente la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los usuarios, con la participación de los responsables de cada una de las actividades y/o procesos del servicio.	SI X	NO
17.8 Relaciona las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y para la mejora continua de los procesos.	SI X	NO

18. EXIGENCIAS:	SI	NO X
18.1 Descripción de las exigencias:		

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección Vigilancia y Control higiénico sanitaria
a Establecimientos farmacéuticos mayoristas

Acta Número
MS 01 N 500120

Continuación 18.1 Descripción de las exigencias:

18.2 Concepto sanitario de la visita: Favorable (SI) | Favorable con requerimientos* | | Desfavorable |

*El establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos sanitarios establecidos en las normas vigentes, pero las condiciones sanitarias evidenciadas no conllevan a un riesgo inminente para la salud humana.

18.3 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de ___ días, contados a partir de día___ del mes de___ de ___, que vence el día___ del mes de ___ de___. De acuerdo a la ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios, Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

18.4 Observaciones de quien atiende la visita:

18.5 Observaciones de quien realiza la visita:
Ninguna

19. APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD(ART. 576 LEY 9ª DE 1979)			
19.1 Clausura temporal total	—	19.4 Suspensión total de trabajos o servicios	—
19.2 Clausura temporal parcial	—	19.5 Decomiso	—
19.3 Suspensión parcial de trabajos o servicios	—	19.6 Congelación	—

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año) 3 / 3 / 2020 en Bogotá D. C.

20. FUNCIONARIO DE SALUD (1)		21. FUNCIONARIO DE SALUD (2)	
20.1 Nombre:	Felix Altamar C.	21.1 Nombre:	Hugo Beltrán Peralta
20.2 Tipo de documento:	CC	21.2 Tipo de documento:	CC
20.3 Número de documento:	11.788726	21.3 Número de documento:	70 107 378
20.4 Cargo:	Químico Farmacéutico	21.4 Cargo:	Químico Farmacéutico
20.5 Firma:		21.5 Firma:	

22. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA		23. TESTIGO	
22.1 Nombre:	Nelly Morales Gonzalez	23.1 Nombre:	
22.2 Tipo de documento:	C.C. ☑ C.E. ☐ CI	23.2 Tipo de documento:	
22.3 Número de documento:	51824744 Bta.	23.3 Número de documento:	
22.4 Cargo: Representante legal ☑ Propietario ☐ Encargado ☐		23.4 Firma:	
22.5 Firma:			

Nota: En aplicación de la Ley 1437 de 2011 artículos 2 y 3 numeral 4 principio de buena fe, hago constar que he recibido copia del acta de visita, la cual haré llegar al propietario o representante legal del establecimiento o similares, de lo contrario me hago responsable solidario ante cualquier investigación. La dirección de notificación deberá entenderse que es la misma del establecimiento, salvo que se trate de entidades públicas o establecimientos de cadena, la cual será la que ellos indiquen; el propietario o representante legal deberá informar a la autoridad sanitaria la dirección de notificación en caso de cambio. Autorizo a las autoridades de inspección vigilancia y control para notificar o enviar información a través del correo electrónico que queda registrado en la presente acta.

Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital (SDI)

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de arqueo de medicamentos
Anexo acta establecimientos farmacéuticos

Acta Número
MS 01 N. 500120

Subred: Norte — Número de Inscripción: ____

Unidad de Servicios de Salud: Norte ESE — Número de Carpeta: ____

1. AUTORIZACIONES			
Aspectos a verificar			
1.1 Resolución Número			
1.2 Vigencia hasta:	dd	mm	aa
1.3 Los datos de resolución corresponden a los del establecimiento		SI X	NO
1.4 ¿La Resolución Observada cumple con los requisitos para que el estableciniento maneje medicamentos de control especial?		SI X	NO

2. TIPO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL OFRECIDOS			
Aspectos a verificar			
2.1 Los medicamentos de control especial almacenados corresponden a los autorizados por el FNE a la organización titular de la resolución de inscripción.		SI X	NO
2.2 Medicamentos monopolio del estado.	SI	NO X	N. A.
2.3 Analgésicos narcóticos o moderadamente narcóticos.	SI X	NO	N. A.
2.4 Tranquilizantes.	SI X	NO	N. A.
2.5 Anfetaminas.	SI	NO	N. A. X
2.6 Oxitócicos.	SI	NO	N. A. X

3. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO, PROCEDIMIENTOS Y REGISTROS			
Aspectos a verificar		Cumplimiento	
3.1 Existen procedimientos escritos para el manejo de los medicamentos de control especial.		SI X	NO
3.2 Los medicamentos están guardados con seguridad en área independiente.		SI X	NO
3.3 Cuenta con un sistema de inventario que permite minimizar los errores de distribución.	SI X	NO	N. A.
3.4 Los medicamentos cumplen normas de etiquetado según normatividad vigente.		SI X	NO
3.5 Presentan balances mensuales en medio magnético o físico en el anexo correspondiente.		SI X	NO
3.6 Los informes están bien elaborados y presentados dentro del tiempo reglamentario.		SI X	NO
3.7 En ausencia del director se cuenta con una persona capacitada y entrenada.		SI X	NO
3.8 Presentan balance con saldos correctos.		SI X	NO

4. REGISTROS DE MOVIMIENTOS		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
4.1 Presentan acta de apertura debidamente firmada.	SI X	NO
4.2 Se encuentran al día en entradas y salidas.	SI X	NO
4.3 Se encuentran bien diligenciados.	SI X	NO
4.4 Los soportes de entradas y salidas se encuentran debidamente registrados.	SI X	NO
4.5 Las formulas están debidamente registradas.	SI	NO NA

5. DESPACHO DE FORMULAS N.A.		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
5.1 Las formulas indican nombre, dirección, teléfono, registro y firma del médico tratante.	SI	NO
5.2 Indican nombre del paciente, documento de identificación y dirección.	SI	NO
5.3 Están libres de tachones o enmendaduras.	SI	NO
5.4 Se evidencia que no hay despachos parciales.	SI	NO
5.5 Las cantidades despachadas están acorde con la normatividad vigente.	SI	NO
5.6 Las formulas son originales y cuentan con el respectivo sello de dispensado.	SI	NO
5.7 Se despachan fórmulas de otros municipios.	SI	NO
5.8 Cuando existen despachos interdepartamentales se informa a la entidad responsable del departamento de destino.	SI	NO
5.9 Si se dispensan fórmulas veterinarias se utiliza el recetario de Comvezcol.	SI	NO
5.10 Número de fórmulas despachadas:		

6. DESTINO DE LAS FORMULAS	
Aspecto a verificar	
6.1 Número de fórmulas retiradas para confrontar datos.	

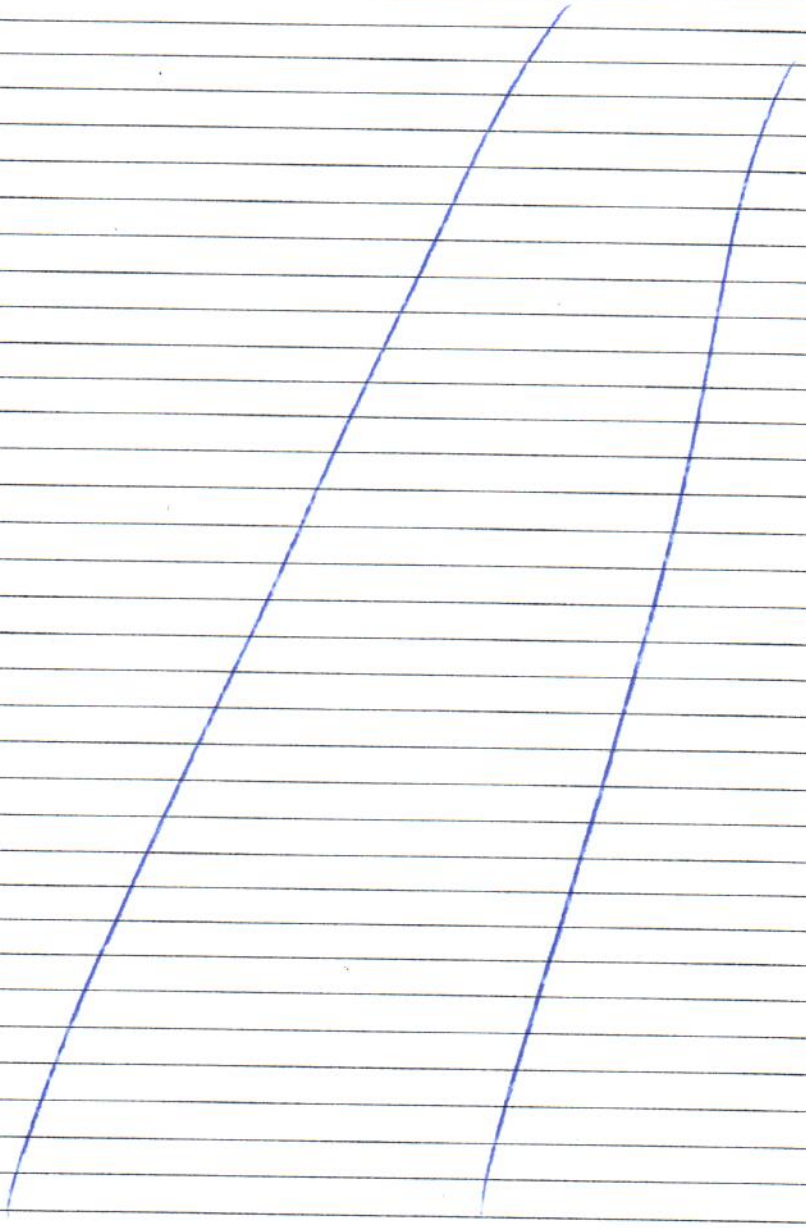
Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

7. MANEJO DE PRODUCTOS PARA DESTRUCCIÓN		
Aspectos a verificar		
7.1 Los productos fuera de especificación se devuelven al proveedor.	SI X	NO
7.2 Se solicita autorización al FNE para la destrucción de los productos fuera de especificación	SI X	NO
7.3 Se cuentan con las actas de destrucción.	SI X	NO

8 EXIGENCIAS	SI	NO
8.1 Descripción de las exigencias:		X



Impresión: Subdirección Imprenta Distrital 2014

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Acta Número
MS 01 N 500120

Continuación 8.1 Descripción de las exigencias:

9. FUNCIONARIO DE SALUD (1)		10. FUNCIONARIO DE SALUD (2)	
9.1 Nombre:	Felix Altamar C	10.1 Nombre:	Jorge Gustavo Cantillo
9.2 Tipo de documento:	CC	10.2 Tipo de documento:	CC
9.3 Número de documento:	11.788726	10.3 Número de documento:	70 107378
9.4 Cargo:	Químico Farmacéutico	10.4 Cargo:	Químico Farmacéutico
9.5 Firma:		10.5 Firma:	

11. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA		12. TESTIGO	
11.1 Nombre:	Nelly Morales Gonzalez	1.2 Nombre:	
11.2 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐		12.2 Tipo de documento:	
11.3 Número de documento:	51824744 BT	12.3 Número de documento:	
11.4 Cargo: Representante legal ☒ Propietario ☐ Encargado ☐		12.4 Firma:	
11.5 Firma:			

Nota: En aplicación de la Ley 1437 de 2011 artículos 2 y 3 numeral 4 principio de buena fe, hago constar que he recibido copia del acta de visita, la cual haré llegar al propietario o representante legal del establecimiento o similares, de lo contrario me hago responsable solidario ante cualquier investigación. La dirección de notificación deberá entenderse que es la misma del establecimiento, salvo que se trate de entidades públicas o establecimientos de cadena, la cual será la que ellos indiquen; el propietario o representante legal deberá informar a la autoridad sanitaria la dirección de notificación en caso de cambio. Autorizo a las autoridades de inspección vigilancia y control para notificar o enviar información a través del correo electrónico que queda registrado en la presente acta.

Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DDI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS