| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO<br>FORMATO INSPECCIÓN Y SUMINISTRO DE BOTIQUINES TIPO B | Código: FOR-TH-066<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo INT 2019014197 - 28/02/2019<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

| Fecha de Inspección: 28/08/2022 | Hora: 10:30 | Área / Unidad operativa: COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR CASA NOSTRA | Enfermeria | Localidad: Tunjuelito |
|---|---|---|---|---|
| Inspección realizada por: HORACIO AVILA G. | | Nombre responsable unidad: Jessica Cabrera | | |

**FORMATO DE INSPECCIÓN SUMINISTRO "BOTIQUIN TIPO B"**

| Elementos | Unidades | Cantidad | Cantidad Faltante | Fecha de Vencimiento (DD/MM/AA) | Cumple | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SI | NO | |
| GASAS LIMPIAS PAQUETE | Paquete X 100 | 1 | 0 | 12/9/2022 | si | | |
| GASAS ESTÉRILES PAQUETE | Paquete por 3 | 20 | 0 | 09/12/2024 | si | | |
| APÓSITO ó COMPRESAS NO ESTÉRILES | Unidad | 4 | 0 | N/A | si | | |
| ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4" | Unidad | 2 | 0 | Apr-25 | si | | |
| BAJALENGUAS | Paquete por 20 | 2 | 0 | N/A | si | | |
| VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 0 | Nov-23 | si | | |
| VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 0 | 11/2024<br>04/2025 | si | | |
| VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 0 | 1/1/2024 | si | | |
| VENDA DE ALGODÒN 3 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 0 | 11/2026<br>12/2026 | si | | |
| VENDA DE ALGODÒN 5 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 0 | 01/08/2023<br>01/08/2023 | si | | |
| CLORHEXIDINA O YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRÚRGICO) | Galón | 1 | 0 | 4/6/2023 | si | | |
| SOLUCIÓN SALINA 250 cc ó 500 cc | Unidad | 5 | 0 | 04/10/2022<br>04/10/2022<br>04/10/2022<br>04/10/2022<br>04/10/2022 | si | | |
| GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN | Caja por 100 | 1 | 0 | 06/02/2026 | si | | |
| TERMÓMETRO DE MERCURIO ó DIGITAL | Unidad | 2 | 0 | N/A | si | | |
| ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml | Unidad | 1 | 0 | Jul-24 | si | | |
| TIJERAS | Unidad | 1 | 0 | N/A | si | | |
| LINTERNA | Unidad | 1 | 0 | N/A | si | | |
| PILAS DE REPUESTO | Par | 4 | 0 | N/A | si | | |
| TABLA ESPINAL LARGA | Unidad | 1 | 0 | N/A | si | | |
| COLLAR CERVICAL ADULTO | Unidad | 2 | 0 | N/A | si | | |
| COLLAR CERVICAL NIÑO | Unidad | 2 | 0 | N/A | si | | |
| INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO) | Unidad | 1 | 0 | N/A | si | | |
| INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO) | Unidad | 1 | 0 | N/A | si | | |
| INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (NIÑO) | Unidad | 1 | 0 | N/A | si | | |
| INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (NIÑO) | Unidad | 1 | 0 | N/A | si | | |
| VASOS DESECHABLES | Paquete por 25 | 1 | 0 | N/A | si | | |
| TENSIÓMETRO | Unidad | 1 | 0 | N/A | si | | |
| FONENDOSCOPIO | Unidad | 1 | 0 | N/A | si | | |
| ACETAMINOFÉN TABLETAS POR 500 mg | Sobre por 10 | 2 | 0 | Mar-24 | si | | |
| HIDRÓXIDO DE ALUMINIO TABLETAS | Sobre por 10 | 1 | 0 | Oct-24 | si | | |
| ASA TABLETAS POR 100 mg | Sobre por 10 | 1 | 0 | Dec-23 | si | | |
| ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP | Unidad | 2 | 0 | N/A | si | | |
| **TOTAL** | | 73 | 0 | | | | |

| CONDICIONES GENERALES | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| ¿El estuche o caja de Botiquín y la camilla se encuentra en buen estado de orden y limpieza? | SI | | |
| ¿El botiquín y la camilla están de fácil acceso sin elementos que lo obstruyan? | SI | | |

Horacio Avila G.

**Firma responsable inspección**

Jessica P. Cabrera G

**Firma responsable unidad operativa**

| | |
|---|---|
| **Fecha de Inspección:** | Fecha en la cual se realiza la inspoección al botiquín |
| **Hora:** | Hora en la cual se realiza la inspección |
| **Área / Unidad operativa:** | Ubicación de la unidad operativa o dependencia en la cual se encuentra ubocado el botiquín |
| **Localidad:** | Localidad donde se encuentra ubicada la unidad operativa |
| **Inspección realizada por:** | Nombre completo de quien realiza la inspección |
| **Nombre responsable unidad:** | Nombre completo del responsable de la unidad operatyiva o área donde se encuentra ubicado el botiquín |
| **Elementos** | Elemento con los cuales cuenta el botiquín tipo B (no modificar) |
| **Unidades** | Descripción del elemento que se encuentran en el botiquín tipo B (no modificar) |
| **Cantidad** | Cantidad de elementos que se encuentran en el botiquín tipo B |
| **Cantidad Faltante** | En caso que haga falta alguna unidad hacer referencia de la cantidad faltante |
| **Fecha de Vencimiento (DD/MM/AA)** | Fecha de vencimiento del elemento |
| **Cumple** | Diligenciar con Si o NO |
| **Observaciones** | Describa alguna observacion adicional |