



## GUÍA DE INSPECCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

|                                    |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Nombre del Establecimiento:</b> |                             |
| <b>Dirección completa:</b>         |                             |
| <b>Teléfono:</b>                   | <b>Fecha de inspección:</b> |

### INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA GUÍA

1. Verifique las condiciones de almacenamiento de acuerdo con la lista de chequeo y marcar con una X en la columna de SI ó NO según corresponda.
2. Haga las recomendaciones que correspondan para mejorar las condiciones que no son ideales, en la columna de OBSERVACIONES.
3. Evalúe nuevamente en un período no menor de 6 meses para verificar cambios y mejoras.

| CONDICION DE ALMACENAMIENTO  | SÍ | NO | OBSERVACIÓN |
|--|----|----|-------------|
| 1.- Es fácil y práctico el acceso al almacén/bodega, está identificado.  |    |    |             |
| 2.- Cuenta el almacén/bodega con área administrativa, recepción y despacho, identificados y delimitados.                       |    |    |             |
| 3.- Cuenta con área de almacenamiento de medicamentos refrigerados.  |    |    |             |
| 4.- Cuenta con área o mueble seguro con llave para medicamentos controlados  |    |    |             |
| 5.- El local es exclusivo para medicamentos y dispositivos médicos   |    |    |             |
| 6.- El local es seguro (paredes, ventanas y puertas)   |    |    |             |
| 7.- Son almacenes exclusivos y no están invadidos por otros materiales.  |    |    |             |
| 8.- Existen restricciones de ingreso de personal ajeno al almacén/bodega   |    |    |             |
| 9.- Cuenta con instalaciones para higiene personal de quienes laboran en el almacén/bodega.                                    |    |    |             |
| 10.- El espacio físico es suficiente para almacenar de forma ordenada la cantidad de productos necesarios para la institución. |    |    |             |
| 11.- Tiene en el techo material que aíse el calor y que no sea combustible (madera).   |    |    |             |



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 12.- Las paredes tienen superficie lisa y fácil de limpiar, sin grietas.  |  |  |  |
| 13.- El piso es de fácil limpieza, sin grietas, sin humedad.  |  |  |  |
| 14.- Tiene luz natural  |  |  |  |
| 15.- El almacén/bodega tiene una temperatura entre 15° a 30 ° C.  |  |  |  |
| 16.- Las áreas de almacenamiento tienen la temperatura y humedad de acuerdo a la especificación de los materiales y productos.  |  |  |  |
| 17.- Se evidencia el registro de temperatura y humedad a diario, que coincida con los parámetros establecidos para dichos materiales o productos, a través de un documento y éstos están archivados.                |  |  |  |
| 18.- Tiene ventilación el almacén/bodega  |  |  |  |
| 19.- Si no cuenta con ventilación natural, tiene ventiladores o aire acondicionado funcionando  |  |  |  |
| 20.- Hay techos, paredes o piso, con humedad  |  |  |  |
| 21.- Tiene Programa de Control de Plagas y se registra.   |  |  |  |
| 22.- Está libre el almacén/bodega de roedores (ratas, ratones, comadrejas, ardillas, murciélagos), insectos (cucarachas, arañas, comején, polilla, gusanos) o de suciedad provocada por alimentos o agua estancada. |  |  |  |
| 23.- Cuenta el almacén/bodega con extintores, selladoras de cajas, gradas, escaleras, montacargas manual (troquel).   |  |  |  |
| 24.- Cuenta con estanterías y tarimas   |  |  |  |
| 25.- Existe entre el piso y la tarima, 10 cm. De distancia  |  |  |  |
| 26.- Existe entre la pared y la estantería, 15 cm de distancia  |  |  |  |
| 27.- Realizan limpieza de pisos, estanterías, tarimas, ventanas, paredes, servicios sanitarios, una vez a la semana como mínimo.  |  |  |  |
| 28.- Cuando ingresa el producto se revisa la Requisición y Envío y/o factura del proveedor para chequear que el medicamento coincida con la cantidad entregada.   |  |  |  |
| 29.- Se realiza análisis organoléptico a los productos que ingresan al almacén/bodega.  |  |  |  |
| 30.- Se cuenta con Certificado de Inscripción   |  |  |  |



Sanitaria y de Control de Calidad para el material médico quirúrgico que ingresa al almacén/bodega.

31.- Se cuenta con certificado de Registro Sanitario y Certificado de Control de Calidad para cada medicamento que ingresa al almacén/bodega.

32.- El medicamento está clasificado por acción farmacológica y en orden alfabético

33.- El medicamento con fecha de vencimiento más cercana está ubicado de forma que sea despachado primero.

34.- Cuenta con Tarjetas de Control de Suministros actualizadas (kardex).

35.- Los almacenes, tienen sus áreas respectivas de rechazados y productos devueltos.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Comentarios de la evaluación general:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre, firma y sello del Auditor/Supervisor: \_\_\_\_\_

Nombre, firma y sello del Auditor/Supervisor: \_\_\_\_\_

cc Archivo UVMC



DIRECCION GENERAL DE REGULACION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE REGULACION Y CONTROL DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES  
UNIDAD DE VIGILANCIA, MONITOREO Y CONTROL

F-UV-g-13  
Versión 1 2010  
Página 4 de 4

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**DIRECTOR**

Nombre del Director: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Presente

**ESTIMADO SEÑOR DIRECTOR:**

La "Guía de Inspección de Buenas Prácticas de Almacenamiento en los Establecimientos de Salud" que se adjunta está diseñada para que puedan evaluarse las condiciones de almacenamiento de los medicamentos y dispositivos médicos existentes en la institución a su cargo.

Se solicita su valiosa colaboración para que se lleven a cabo las mejoras pertinentes que se proponen en la inspección realizada, con el fin de garantizar la calidad de dichos productos.

Nombre, firma y sello del Auditor/Supervisor: \_\_\_\_\_

Nombre, firma y sello del Auditor/Supervisor: \_\_\_\_\_

Nombre de la Secretaria del Director: \_\_\_\_\_

Firma y sello de la Secretaria del Director: \_\_\_\_\_

CC Archivo UVMC