|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EPS-EG-F-003 | Versión:1 | **ACTA** | **C:\Users\josabogal\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\6B2C9D2E.tmp** |
| C:\Users\josabogal\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\2DFDD220.tmp | Fecha: **FECHA\_AUDITORIA** |

**ACTA AUDITORÍA TÉCNICA SERVICIO FARMACÉUTICO OPERADOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| **Nombre de la droguería o farmacia** | NOMBRE\_FARMACIA | | |
| **Ciudad** | CIUDAD | | |
| **Fecha** | **FECHA\_AUDITORIA** | ***Hora*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Asistencia | |
| Nombre | **Cargo** |
| REPRESENTANTE\_LEGAL |  |
| DIRECTOR\_TECNICO |  |
| AUDITOR\_1 |  |
| AUDITOR\_2 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Temas Tratados**

**Listado de Verificación:**

**-** Documentación (Concepto normativo)

- Talento humano

- Infraestructura

- Condiciones locativas

- Dotación

- Procesos prioritarios

- Gestión de la Calidad

- Aplicativos tecnológicos

**Hallazgos**

**OBSERVACIONES\_SEGUIMIENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Planes de Acción | | | |
| Compromiso | **Responsable** | **Fecha Entrega** | **Estado** |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |
|  |  |  | Elija un elemento. |

En curso: Actividades que se estan ejecutando. / Cerrado: Tareas culminadas. / Con retrasos: Actividades que no se entregaron en la fecha definida y/o se les cambió la fecha de entrega. /´Por iniciar: Nuevas tareas o actividades sin iniciar.

**Responsable de ejecución del Acta:**

**Firma Gestor Farmacéutico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Auditor 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Auditor 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



**INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN DE SERVICIO FARMACÉUTICO**

**ACTA SEGUIMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS GENERALES | |
| **Operador:** | **OPERADOR** |
| **NIT del Operador:** | **NIT\_OPERADOR** |
| **Nombre de la droguería o farmacia:** | **NOMBRE\_FARMACIA** |
| **Nit sucursal:** | **NIT\_SUCURSAL** |
| **Ciudad:** | **CIUDAD** |
| **Dirección:** | **DIRECCION** |
| **Teléfono:** | **TELEFONO** |
| **Nivel y Tipo de servicio farmacéutico:** | **NIVEL\_SERVICIO** |
| **Representante legal:** | **REPRESENTANTE\_LEGAL** |
| **Director técnico:** | **DIRECTOR\_TECNICO** |
| **Auditor 1:** | **AUDITOR\_1** |
| **Auditor 2:** | **AUDITOR\_2** |
| **Fecha de Auditoria:** | **FECHA\_AUDITORIA** |
| **Tipo Droguería:** | **TIPO\_DROGERIA** |

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |

RESPUESTAS\_AUDITORIA

**OBSERVACIONES GENERALES**

|  |
| --- |
|  |

**RECOMENDACIONES**

|  |
| --- |
|  |

**RESPONSABLES**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma: Firma:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma: Firma:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma: Firma:**