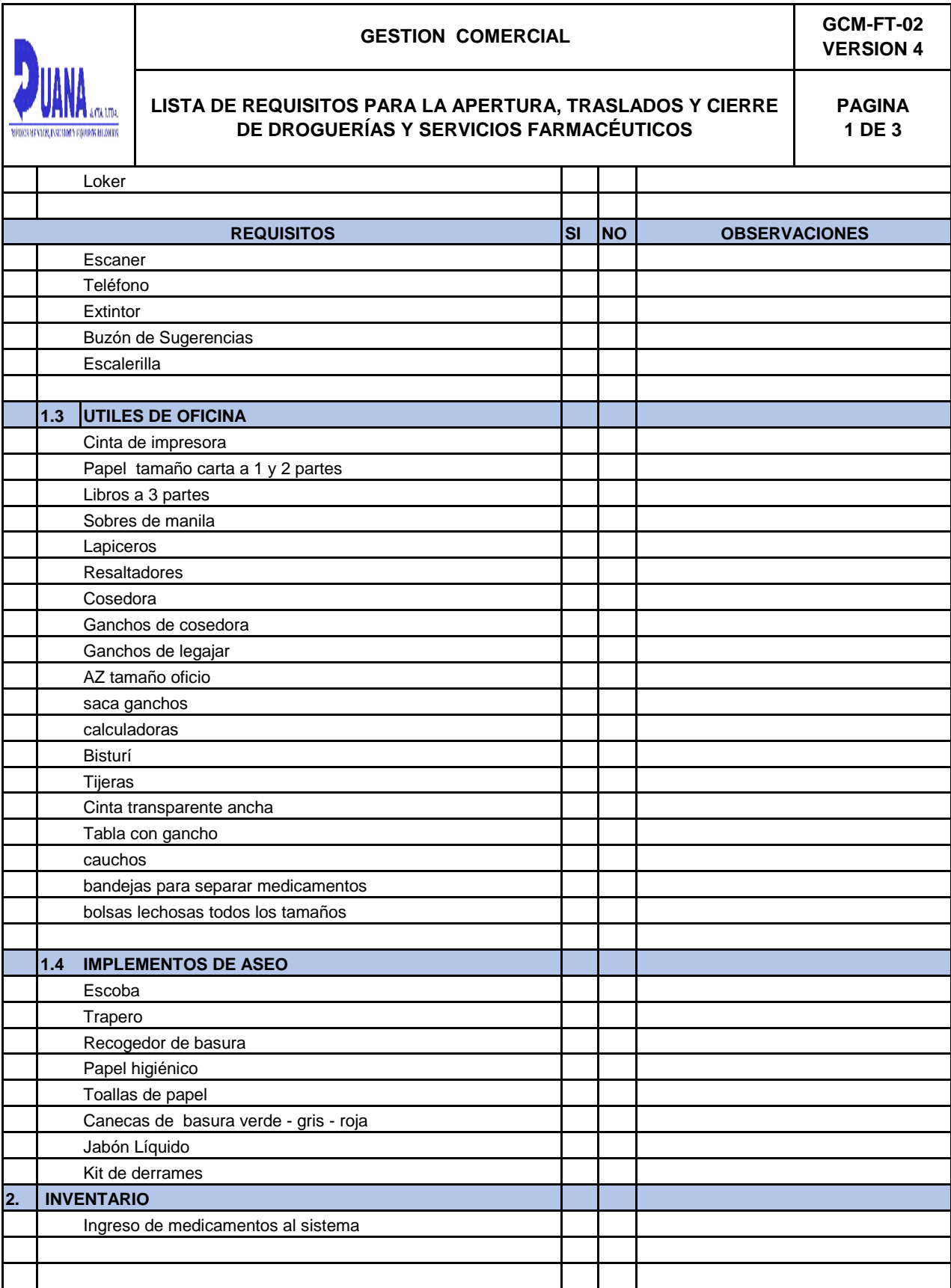

	GESTION COMERCIAL	GCM-FT-02 VERSION 4
	LISTA DE REQUISITOS PARA LA APERTURA, TRASLADOS Y CIERRE DE DROGUERÍAS Y SERVICIOS FARMACÉUTICOS	PAGINA 1 DE 3

FECHA			APERTURA	<input type="checkbox"/>	TRASLADO	<input type="checkbox"/>	CIERRE	<input type="checkbox"/>
DD	MM	AA						
			DROGUERIA	<input type="checkbox"/>				
			SERVICIO FARMACÉUTICO:	<input type="checkbox"/>				
CIUDAD								
			DIRECCIÓN					
QUIMICO			<input type="checkbox"/>	REGENTE		<input type="checkbox"/>		

REQUISITOS		SI	NO	OBSERVACIONES
1.	INFRAESTRUCTURA			
	1.1 LOCACION			
	Area mínimo 22 mts cuadrados			
	Paredes impermeables, resistentes a la humedad			
	Pisos y techos en buen estado			
	Ventilación			
	Iluminación (lámparas con protector)			
	Seguridad (alarma, celador, ventanas con rejas)			
	Servicios públicos (agua, luz, internet)			
	Puertas con chapas en buen estado - llaves			
	Areas de la farmacia delimitadas			
	Zona de desechos			
	Bodega			
	Instalaciones eléctricas en buen estado - multitomas			
	1.2 ACTIVOS FIJOS			
	Escritorios			
	Sillas			
	Computadores			
	Impresoras			
	Estanterías			
	Mueble inteligente			
	Vitrinas alto costo y controlados			
	Estibas			
	Termómetro calibrado			
	Termohigrómetro calibrado			
	Nevera			
	Aire acondicionado - control			
	Televisor - control			
	Sillas tandem			
	Archivador			
	Mesa para recepción			



	GESTION COMERCIAL		GCM-FT-02 VERSION 4	
	LISTA DE REQUISITOS PARA LA APERTURA, TRASLADOS Y CIERRE DE DROGUERÍAS Y SERVICIOS FARMACÉUTICOS		PAGINA 1 DE 3	
3.	CALIDAD			
	Instructivos de los procedimientos de la farmacia			
	Formato de toma de temperatura ambiental			
	Formato de toma de temperatura cadena de frio			
	Certificado de calibración termómetro			
	Certificado de calibración termohigrómetro			
	Cámara de comercio			
	Certificado uso de suelos			
	Certificado de bomberos			
	REQUISITOS	SI	NO	OBSERVACIONES
	Certificado de distancia			
	Certificado de fumigación			
	Carta de apertura ante la entidad reguladora de salud			
	Carta de aceptación del cargo			
3.1	PERSONAL			
	Químico o Regente de Farmacia			
	Auxiliares de Farmacia			
	Mensajero			
	Formato de inducción			
	Solicitar creación de usuario			

VERIFICADO POR:

FECHA DE VIGENCIA: 06 DE FEBRERO DE 2016