|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| eQ-SC-3.3 Carpeta de Farmacia | | | |
|  | | | |
| **Responsable de Farmacia (cambio de nombre)** | | | |
| **1** | Nombre del Responsable Sanitario | Seleccionar | |
| **2** | Firma del Responsable Sanitario |  | |
| **3** | Fecha de inicio de responsabilidades | dd-mmm-aaaa | |
| **4** | Fecha de fin de responsabilidades | dd-mmm-aaaa | |
|  | | | |
| **Farmacistas (nuevo subtítulo)** | | | |
| **5** | Nombre del Farmacista |  | |
| **Agregar 6. Nombre del Farmacista** | | | |
| **6** | Fecha de inicio de responsabilidades | dd-mmm-aaaa | |
| **Responsabilidades que se delegan** | | | |
| **7** | Integrar la Carpeta de control de la Farmacia | Si | No |
| **8** | Verificar el cumplimiento normativo | Si | No |
| **9** | Realizar el control diario de temperatura | Si | No |
| **10** | Recibir, controlar y dispensar el producto | Si | No |
| **11** | Realizar auditorías | Si | No |
| **12** | Atender visitas de verificación | Si | No |
| **13** | Firma del Farmacista |  | |
| **14** | Fecha de firma de responsabilidades |  | |
| **15** | Fecha de capacitación |  | |
| **Agregar 17. Fecha de capacitación** | | | |
| **16** | Fecha de fin de responsabilidades | dd-mmm-aaaa | |
|  | | | |
| **Carpeta de control de Farmacia** | | | |
| **17** | Fecha de revisión | dd-mmm-aaaa | |
| **Programar una revisión cada 6 meses a partir de la fecha inicial** | | | |
| **Agregar 19. Fecha de revisión** | | | |
| **18** | Se identifica con FC Carpeta Farmacia | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **19** | Almacena medicamentos controlados o productos de origen biológico | Si | No |
| No = Pasa a 21. Contiene copia del Aviso de funcionamiento  Si = Pasa a 22. Contiene copia de la Licencia Sanitaria | | | |
| **20** | FC Responsabilidades Farmacia, lleno y firmado por Responsable Sanitario y Farmacistas | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **21** | Facturas o documentos que amparen la posesión legal de los medicamentos o insumos almacenados | Si | No |
| * Las facturas deben especificar la cantidad, presentación, concentración y número de lote de cada producto * Las facturas deberán conservarse durante al menos 3 años | | | |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **22** | Órdenes de visitas de verificación sanitaria recibidas, con su acta correspondiente | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
| **23** | Avisos de previsiones para farmacias, de compra-venta de estupefacientes y de medicamentos que requieren receta o permiso especial, con fecha y firma del Responsable Sanitario | Si | No |
| No = alerta, requiere seguimiento hasta concluir | | | |
|  | | | |
| **Trámites** | | | |
| **24** | Nombre del trámite | Seleccionar | |
| Seleccionar :   * Notificación o registro * Entrega de recetas de medicamentos controlados * Informe anual de actividades CE * Respuesta a observaciones | | | |
| **En caso de Entrega de recetas de medicamentos controlados,**  **programar aviso para entrega cada 6 meses a partir de la fecha inicial** | | | |
| **25** | Fecha de entrada |  | |
| **26** | Requiere respuesta | Si | No |
| **27** | Fecha de respuesta |  | |
|  | | | |
| **Visitas y verificaciones** | | | |
| **28** | Fecha en que se recibe una visita de verificación |  | |
| **Agregar 41. Fecha en que se recibe una visita de verificación** | | | |
| **29** | Observación recibida |  | |
| **30** | Fecha en que se resuelve la observación recibida |  | |
| **Agregar 42. Observación recibida, ligado a**  **43. Fecha en que se resuelve la observación recibida** | | | |