|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO** | | | | | | | | | | | |
| **EVENTO EV:** | **CATEGORÍA:** | | | | | | **ADHESIVO Nº:** | | | | |
| **MUNICIPIO:** | | **SECTOR:** | | | | **DÍA:** | | **MES:** | | | **AÑO:** |
| **RAZÓN SOCIAL:** | | | | | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN:** | | | | **TELÉFONO:** | | | | | | **FAX:** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | | | | | | | | | | | |
| **MATRÍCULA MERCANTIL O PERSONERÍA JURÍDICA:** | | | | | | | | | **FECHA:** | | |
| **PROPIETARIO:** | | | | | | | | | **CÉDULA O NIT:** | | |
| **REPRESENTANTE LEGAL:** | | | | | | | | | **CÉDULA:** | | |
| **ADMINISTRADOR:** | | | | | | | | | **CÉDULA:** | | |
| **FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA:** | | **CONCEPTO VISITA ANTERIOR:** | | | | | | | **% CUMPLIMIENTO VISITA ANTERIOR:** | | |
| **FAVORABLE** | **CONDICIONADO** | | **DESFAVORABLE** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIOS QUE PRESTA CON RELACIÓN A MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL:** | |
| PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD VETERINARIO (MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SÓLO PARA PROCEDIMIENTOS INTERNOS): |  |
| VENTAS AL DETAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL (DISPENSACIÓN DIRECTA AL USUARIO): |  |
| VENTAS AL POR MAYOR DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL (VENTA A OTROS ESTABLECIMIENTOS): |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SITUACIÓN ENCONTRADA** | | |
| **PROFESIONAL ENCARGADO** | | |
| NOMBRE: | | CÉDULA: |
| TITULO: | REGISTRO Y MATRÍCULA PROFESIONAL COMVEZCOL: | |

| **ITEMS A EVALUAR** | | | **%** | **CALIFICACIÓN** | | | **OBSERVACIONES** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CALIFICACIÓN:**(A) Aceptable; (AR) Aceptable con requerimientos; (I) Inaceptable. | | | **A** | **AR** | **I** |
| **1. RECURSO HUMANO** | **PORCENTAJE RECURSO HUMANO** | | **20** | **A** | **AR** | **I** |  | |
| **1.1** | Cuenta con profesional encargado del manejo de medicamentos de control especial. | **20** | **20** | **10** | **0** |  | |
| **SUB-TOTAL** | |  | | | |  | |
| **2. ASPECTOS HIGIÉNICO TÉCNICO LOCATIVOS** | **PORCENTAJE ASPECTOS HIGIÉNICO TÉCNICO LOCATIVOS** | | **10** | **A** | **AR** | **I** |  | |
| **2.1** | El área cumple con ventilación, iluminación, pisos, techos, paredes. | **10** | **10** | **5** | **0** |  | |
| **SUB-TOTAL** | |  | | | |  | |
| **3. MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL** | **TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS (Prestadores de servicios de salud, ventas al por mayor y ventas al detal)** | | | | | | | |
| **PORCENTAJE PARA LOS ESTABLECIMIENTOS** | | **29** | **A** | **AR** | **I** |  | |
| Autorizado mediante Resolución No. | | | Fecha: | | | | |
| Resolución (es) de ampliación No. | | | Fecha: | | | | |
| Quien diligencia la base de datos: | | | | | | | |
| **3.1** | La resolución está vigente. | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.2** | Todos los medicamentos que maneja, están incluidos en la resolución de inscripción, renovación o ampliación. | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.3** | El almacenamiento es adecuado, independiente de los otros medicamentos y cuenta con estrictas condiciones de seguridad. | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.4** | Adquieren a proveedores (laboratorios y depósitos) autorizados. **(DILIGENCIAR ANEXO 1).** | **4** | **4** | **2** | **0** |  | |
| **3.5** | Las facturas ingresadas a la base de datos coinciden con las reportadas a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y con las reportadas por los proveedores. **(DILIGENCIAR ANEXO 1).** | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.6** | Todas las facturas están registradas en la base de datos. **(DILIGENCIAR ANEXO 1).** | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.7** | Las entradas y salidas están respaldadas con su respectivo documento. **(DILIGENCIAR ANEXO 1 Y/O 2).** | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.8** | Llevan una base de datos en forma manual o sistematizada donde se registran todos los movimientos de los medicamentos de control especial sin enmendaduras y tachones. | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.9** | Las existencias físicas corresponden a las registradas en la base de datos. **(DILIGENCIAR ANEXO 3).** | **4** | **4** | **2** | **0** |  | |
| **3.10** | Conservan en lugar seguro los medicamentos de control especial vencidos (para destrucción), separados e identificados. | **2** | **2** | **1** | **0** |  | |
| Durante la visita se realiza acta de baja (sólo por cancelación de la autorización, decisión voluntaria del interesado y vencimiento). **(DILIGENCIAR ANEXO 4)** | | | | | | **SI** | **NO** |
| **SUB-TOTAL** | |  | | | |  | |
| **PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD VETERINARIO, VENTAS AL DETAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL** | | | | | | | |
| **PORCENTAJE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD VETERINARIO, VENTAS AL DETAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL** | | **21** | **A** | **AR** | **I** |  | |
| **3.11** | Las prescripciones médicas poseen los datos del paciente, del medicamento, del prescriptor, del dispensador y la cantidad entregada. **(DILIGENCIAR ANEXO 2).** | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.12** | Están formulados en recetario oficial de COMVEZCOL, sin enmendaduras o tachones. **(DILIGENCIAR ANEXO 2).** | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.13** | La dispensación se realiza de acuerdo a la normatividad en cuanto a la dosis vs la cantidad del medicamento**.(DILIGENCIAR ANEXO 2).** | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.14** | En el momento de la dispensación las prescripciones médicas tienen quince (15) días o menos de haber sido elaboradas por el médico. **(DILIGENCIAR ANEXO 2).** | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.15** | Conservan las prescripciones médicas. | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.16** | Las prescripciones médicas están registradas en la base de datos. Las cantidades registradas coinciden con la cantidad entregada. **(DILIGENCIAR ANEXO 2 Y 3).** | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.17** | Envían informes mensuales sobre los movimientos de entradas y salidas de estos medicamentos, en los primeros diez (10) días de cada mes. La información coincide con lo registrado la base de datos y con el movimiento real evidenciado en el establecimiento. | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **SUB-TOTAL** | |  | | | |  | |
| **VENTAS AL POR MAYOR DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL** | | | | | | | |
| **PORCENTAJE VENTAS AL POR MAYOR DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL** | | **12** | **A** | **AR** | **I** |  | |
| **3.18** | Conservan facturas que soportan los movimientos. **(DILIGENCIAR ANEXO 1).** | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.19** | La distribución se realiza a establecimientos autorizados. | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.20** | Envían informes mensuales sobre los movimientos de entradas y salidas de estos medicamentos (uno como mayorista y otro como minorista), en los primeros diez (10) días de cada mes. La información coincide con lo registrado en la base de datos y con el movimiento real evidenciado en el establecimiento. | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **3.21** | Poseen los listados actualizados de los establecimientos autorizados para manejar estos medicamentos y se solicita la resolución vigente. | **3** | **3** | **1.5** | **0** |  | |
| **SUB-TOTAL** | |  | | | |  | |
| **VENTAS AL POR MAYOR, VENTAS AL DETAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL** | | | | | | | |
| **VENTAS AL POR MAYOR, VENTAS AL DETAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL** | | **2** | **A** | **AR** | **I** |  | |
| **3.22** | Presentan Resolución de Registro ICA. Coincide la información con los actuales del establecimiento. | **2** | **2** | **1** | **0** |  | |
| **SUB-TOTAL** | |  | | | |  | |
| **4. DOCUMENTACIÓN LEGAL Y OTRAS GENERALIDADES** | **PORCENTAJE DOCUMENTACIÓN LEGAL Y OTRAS GENERALIDADES** | | **4** | **A** | **AR** | **I** |  | |
| **4.1** | Informan por escrito a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia todo cambio de razón social, propietario, representante legal, Dirección, director técnico, teléfono. | **4** | **4** | **2** | **0** |  | |
| **SUB-TOTAL** | |  | | | |  | |

|  |
| --- |
| **5. OBSERVACIONES Y OTRAS EXIGENCIAS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. OTRA INFORMACIÓN** | | | | |
| Cuentan con certificado de existencia y representación legal (cuando el propietario es persona jurídica con ánimo de lucro) | **SI** | **NO** | **N.A.** | Si la respuesta es NO se debe remitir esta información al ente competente | |
| Cuentan con certificado mercantil (cuando el propietario es persona natural o jurídica con ánimo de lucro) | **SI** | **NO** | **N.A.** | Si la respuesta es NO se debe remitir esta información al ente competente |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7. LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL LA REALIZA A LOS SIGUIENTES PROVEEDORES** | | | |
| **PROVEEDOR** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** | **MUNICIPIO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. SI EL ESTABLECIMIENTO NO MANEJA LOS SIGUIENTES SERVICIOS O PROCESOS SUMARLE LA CALIFICACIÓN QUE CORRESPONDE A ELLOS** | |
| Prestador de servicios de salud veterinario | **14** |
| Ventas al detal de medicamentos de control especial | **12** |
| Ventas al por mayor de medicamentos de control especial | **21** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. CAUSALES PARA SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES O SERVICIOS** | | | | | | |
| Suministro de medicamentos de control especial | | | | | Cuando la calificación del suministro de medicamentos de control especial sea inferior a: | **59** |
| Otro | SI | NO | ¿Cuál? |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **10. MEDIDAS SANITARIAS APLICADAS:** | | | |
| DECOMISO: |  | CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL O TOTAL: |  |
| CONGELACIÓN: |  | SUSPENSIÓN DE ACTIVIDAD O SERVICIOS: |  |
| CAUSA: | | | |
|  | | | |
| NORMA INCUMPLIDA: | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11. CONCEPTO DE LA VISITA:** | | | | | | |
| **% CUMPLIMIENTO** |  | Se da con la suma de cada uno de los ítems | | | | |
| **FAVORABLE** | **F** | Riesgo bajo | Cumple las condiciones establecidas en la normativa (Entre **90 y 100%** de cumplimiento). | | | |
| **CONDICIONADO** | **C** | Riesgo medio | Al cumplimiento de las exigencias dejadas en el ítem 5 y 6 (Entre **60 y 89%** de cumplimiento). | | | |
| **DESFAVORABLE** | **D** | Riesgo alto | Se aplica medida sanitaria de seguridad (Menor a **59%** de cumplimiento). | | | |
| Factores críticos | Ausencia de Profesional encargado |  | Tenencia ilegal de medicamentos de control especial |  |
| OTRO FACTOR CRÍTICO: | | | | | | |
| De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente la ley 09 de 1979 para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un plazo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **12. TIEMPO DE LA VISITA** | | | |
| HORA DE INICIO |  | HORA DE FINALIZACIÓN |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **13. PLAN DE MEJORAMIENTO** | | | |
| El establecimiento requiere elaborar plan de mejoramiento: | | **SI** | **NO** |
| EN CASO DE QUE SE CALIFIQUE SI: | Se debe presentar a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia | **SI** | **NO** |
| Se debe cumplir y será verificado en la próxima visita de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia | **SI** | **NO** |
| ÍTEMS DEL PLAN DE MEJORA: | Estándar incumplido. | | |
| Causa por la que se genera el incumplimiento. | | |
| Acción (es) a realizar para eliminar la causa que genera el estándar incumplido. | | |
| Responsable de la acción a realizar. | | |
| Fecha de cumplimiento de la acción. | | |
| Responsable de la revisión del cumplimiento de la acción. | | |
| Fecha de revisión. | | |

|  |
| --- |
| **14. OBSERVACIONES O MANIFESTACIONES POR PARTE DEL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **15. FUNCIONARIOS DE SALUD:** | |
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| CÉDULA: | CÉDULA: |
| CARGO: | CARGO: |
| **16. QUIEN ATIENDE LA VISITA:**  Con la firma de la presente acta, autorizamos a la Gobernación de Antioquia a realizar cualquier notificación relacionada con la presente diligencia al correo electrónico especificado abajo: | |
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| CÉDULA: | CÉDULA: |
| CARGO: | CARGO: |
| CORREO ELECTRÓNICO: | CORREO ELECTRÓNICO: |

|  |
| --- |
| **PARA CONSTANCIA; PREVIA LECTURA Y RATIFICACIÓN DEL CONTENIDO DE LA PRESENTE ACTA, FIRMAN LOS FUNCIONARIOS QUE INTERVINIERON EN LA VISITA Y PERSONAL QUE LA ATIENDE POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO. DE LA PRESENTE ACTA SE DEJA COPIA EN PODER DE LA(S) PERSONA(S) QUE ATIENDE(N) LA VISITA. Este documento debe permanecer en el inmueble y certifica acerca de las condiciones sanitarias para ser presentado a las diferentes autoridades competentes que lo soliciten, estando exento de todo pago (Decreto 2150/1995).** |

|  |
| --- |
| **GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA** - SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL - Dirección de Salud Ambiental y Factores de Riesgo |
| Calle 42B 52-106 Piso 8, oficina 816 / Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)- Tels: (094) 3839861 - 3839862 |
| “Entidad Vigilada Supersalud” Medellín – Colombia – Suramérica |