|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ALTA/MODIFICACIÓN DE PRESTADORES FARMACEUTICOS** | **PRO-FINT-01****Versión: 2.3** |
| **FARMACIA** | **Página 1 de 3** |

1. NOMBRE DE FANTASÍA

**FARMACIA**

(COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA)

|  |
| --- |
|  |

1. NOMBRE RAZÓN SOCIAL:

|  |
| --- |
| CUIT: |

1. LOCALIZACIÓN:

|  |
| --- |
| CALLE: Nº: BARRIO: |
| LOCALIDAD: PROVINCIA: UGL: Agencia: |
| TELEFONO FAX |
| @mail: |

1. DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL

|  |
| --- |
| Nombre y apellido |
| Teléfono Horario: |
| @mail: |

1. DATOS DEL FARMACÉUTICO DT

|  |
| --- |
| Nombre y apellido Tipo y Nº de matricula |
| Teléfono Horario: |
| @mail: Presente durante la Auditoría SI  NO  |

1. SI CUENTA CON FARMACÉUTICOS AUXILIARES COMPLETE:

|  |
| --- |
| Nombre y apellido Tipo y Nº de matricula |
| Teléfono Horario: |
| @mail: Presente durante la Auditoría SI  NO  |
| Nombre y apellido Tipo y Nº de matricula |
| Teléfono Horario: |
| @mail: Presente durante la Auditoría SI  NO  |

1. AÑO DE INICIO DE ACTIVIDADES
2. OTRAS EMPRESAS DEL SECTOR Y/O FARMACIAS DE ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA SOCIEDAD PROPIETARIA O DEL PROPIETARIO

|  |
| --- |
| RAZON SOCIAL CUIT |
| DOMICILIO |
| RUBRO |

1. SI POSEE ADMINISTRACION CENTRALIZADA FUERA DEL LOCAL COMPLETE

|  |
| --- |
| DOMICILIO: |
| TELEFONO: |
| HORARIO DE ATENCIÓN: |
| PROCESOS CENTRALIZADOS: |

1. ¿CUÁNTOS EMPLEADOS TRABAJAN ACTUALMENTE EN EL ESTABLECIMIENTO?

|  |
| --- |
|  |

1. ¿QUÉ HORARIO OPERA EL ESTABLECIMIENTO? CUMPLE LOS TURNOS OBLIGATORIOS COMO ES EL ORGANIGRAMA DE LOS MISMOS

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ALTA/MODIFICACIÓN DE PRESTADORES FARMACEUTICOS** | **PRO-FINT-01****Versión: 2.3** |
| **FARMACIA** | **Página 2 de 3** |

1. HABILITACIÓN SANITARIA, MUNICIPAL Y PLANO ADJUNTADO SI

NO

Indique lo pendiente

1. DROGUERIAS DE REPOSICIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | DIRECCION | TELEFONO | FRECUENCIA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. EMPRESAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL O MEDICINA PREPAGA A LA QUE PRESTA SERVICIO. (RELEVAMIENTO NO EXCLUYENTE PARA INGRESO)

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

1. TIPO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS QUE COMERCIALIZAN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | SI | NO | LISTAS- OBSERVACIONES |
| PSICOFÁRMACOS |  |  |  |
| ESTUPEFACIENTES |  |  |  |
| CLOZAPINA |  |  |  |
| ALTO COSTO |  |  |  |

1. SI MANEJA ESPECIALIDADES MEDICINALES CONTROLADAS (ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS)

¿CÓMO LOS ALMACENA, ESTÁ DEFINIDO EL PERSONAL DE ACCESO?

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

1. SERVICIOS ESPECIALES (GABINETE U OTROS)

|  |
| --- |
| APLICACIÓN DE INYECTABLES |
| TOMA DE PRESION |
| CAMPAÑAS DE VACUNACION |

1. GABINETE DE INYECTABLES

|  |
| --- |
| PERSONAL QUE APLICA LOS INYECTABLES |
| OBSERVACIONES |

1. ¿POSEE HELADERA? CUANTAS

|  |
| --- |
| REGISTRA DIARIAMENTE LAS TEMPERATURAS SI  NO  VECES/DÍA |
| USO EXCLUSIVO DE MEDICAMENTOS SI  NO  |
| CAPACIDAD |
| OBSERVACIONES |

1. ¿EXISTE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE RECETAS DISPENSADAS A FIN DE VERIFICAR PERTINENCIA CON EL FIN DE EVITAR RECLAMOS/ DESVÍOS DE PRODUCTOS O ERRORES DE DISPENSA?

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ALTA/MODIFICACIÓN DE PRESTADORES FARMACEUTICOS** | **PRO-FINT-01****Versión: 2.3** |
| **FARMACIA** | **Página 3 de 3** |

1. TRAZABILIDAD: POSEE Nº DE **CUFE o GLN** SI  NO 

CUFE: Código de Ubicación Física del Establecimiento GLN: Número de Localización Mundial

|  |
| --- |
| Nº CUFE |

1. POLIZAS DE SEGUROS (RELEVAMIENTO NO EXCLUYENTE PARA INGRESO)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | POLIZA Nº | EMPRESA | VIGENCIA |
| INCENDIO |  |  |  |
| ROBO |  |  |  |
| MALA PRAXIS |  |  |  |
| INUNDACION\* (En casos de zonas de riesgo) |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 23. POSEE MATAFUEGO CON CARGA VIGENTE SI  NO  Número |  |  |
| Empresa |
| Vencimiento |

|  |
| --- |
| Nombre y apellido del responsable comercial: |
| Firma y Fecha: |

|  |
| --- |
| Nombre y apellido del director técnico: |
| Firma y Fecha: |
| Sello identificador de FARMACIA y/o DT: |

|  |
| --- |
| Nombre y apellido del auditor PAMI: |
| Firma y Fecha: |