

DIAGNÓSTICO DE INSUMOS CADUCOS, EN MAL ESTADO Y DE MÁS DE CINCO AÑOS DE FABRICACIÓN

1/ Unidad Solicitante	2/ Fecha de Captura
3/ Tipo de Insumo	4/ Hoja: de

Núm.	5/ Clave	6/ Grupo	7/ Ca	8/ Descripción de Material	9/ Presentación	10/ Unidad de Medida	11/ Cantidad	12/ Peso Estimado en Kilos	13/ Lote	14/ Fecha de Caducidad
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

15/ Total de peso en kilogramos

16/ Elaboró <hr/> Personal Responsable de Reportar los Insumos Caducos (Nombre y Firma)	17/ Validó <hr/> Responsable Sanitario, Responsable de Farmacia o Equivalente (Nombre y Firma)	18/ Autorizó <hr/> Titular de la Unidad (Nombre y Firma)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO
“DIAGNÓSTICO DE INSUMOS CADUCOS, EN MAL ESTADO Y DE MÁS DE CINCO AÑOS DE
FABRICACIÓN” (208CO101300000L-039-24)**

Objetivo: Controlar y registrar correctamente los insumos médicos que por sus características y condiciones ya no son aptos para su uso o consumo.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia, el original se entrega al Departamento de Bienes Muebles y la copia se queda en la Unidad Aplicativa que la elaboró.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD SOLICITANTE	Anotar el nombre de la unidad aplicativa.
2	FECHA DE CAPTURA	Anotar el día, mes y año (dd/mm/aaaa) de captura de la información.
3	TIPO DE INSUMO	Indicar el medicamento, placas, insumos dentales, etc.
4	HOJA DE	Anotar el número de hoja, ejemplo hoja 1 de 2, hoja 2 de 4, etc.
5	CLAVE	Anotar la clave del medicamento.
6	GRUPO	Anotar el grupo de medicamento al que pertenece el insumo (Controlados I y II, no controlados III, IV, V y VI)
7	CA	Anotar con una “X” en caso de que el medicamento sea de tipo oncológico.
8	DESCRIPCIÓN DE MATERIAL	Describir el nombre del medicamento, Material o Insumo.
9	PRESENTACIÓN	Describir el tipo de presentación (frasco, caja, ampolleta, pieza, etc.).
10	UNIDAD DE MEDIDA	Describir la medida de la presentación (mililitros, gramos, etc.).
11	CANTIDAD	Anotar cantidad a reportar.
12	PESO ESTIMADO EN KILOS	Anotar el peso aproximado en kilogramos, del insumo reportado.
13	LOTE	Anotar número de lote del insumo reportado.
14	FECHA DE CADUCIDAD	Anotar el día, mes, año (dd/mm/aaaa) de caducidad del insumo.
15	TOTAL DE PESO EN KILOGRAMOS	Anotar el peso total de los insumos en kilogramos.
16	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona responsable de reportar los insumos dentro de la Unidad.
17	VALIDÓ	Anotar el nombre y firma del Responsable Sanitario, Responsable de Farmacia o equivalente dentro de la Unidad Aplicativa.
18	AUTORIZÓ	Anotar el nombre y firma del Titular de la Unidad Aplicativa