|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECLARACIÓN DE AUTO INSPECCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS  DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN** | | |
|  |  |  |
| FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con la cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ actuando como representante legal de la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me permito certificar por medio del presente documento que cumplo con las siguientes condiciones de buenas prácticas de almacenamiento y distribución | | |
|  |  |  |
| **CRITERIOS** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| **1. PLAN DE SANEAMIENTO BÁSICO** |  |  |
| 1.2 Programa de limpieza |  |  |
| 1.3 Programa de control de plagas |  |  |
| 1.4 Programa de manejo de residuos sólidos |  |  |
| **2. INSTALACIONES, EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA** |  |  |
| 2.1 Distribución |  |  |
| 2.2 Condiciones Generales |  |  |
| 2.3 Tipo de Almacenamiento |  |  |
| 2.4 Mantenimiento infraestructura y equipos |  |  |
| 2.5 Condiciones de seguridad y amparo contra siniestros |  |  |
| 2.6 Equipos |  |  |
| 2.7 Control y formación del recurso humano |  |  |
| 2.8 Normas de seguridad de obligatorio cumplimiento |  |  |
| **3. CONTROL DE INSUMOS, (DISPOSITIVOS MÉDICOS) MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS** |  |  |
| 3.1 Ingreso de medicamentos, insumos (dispositivos médicos) y biológicos |  |  |
| 3.2 Cadena de frío- biológicos |  |  |
| 3.3 Gestión de inventarios |  |  |
| 3.4 Despacho |  |  |
| 3.5 Transporte |  |  |
| 3.6 Devoluciones |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Firma Representante Legal |  |  |
| C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de |  |  |