

## APÉNDICE A

### MODELO DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE FARMACIA

SEÑORES

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PRESENTE

Me dirijo a Uds. en calidad de representante de la Farmacia “.....”, con el objeto de solicitar se acepte nuestra incorporación como Farmacia del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA). A tal efecto:

- 1) Acepto de plena conformidad el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA.
- 2) Acepto y asumo la plena responsabilidad que me corresponda en la atención del afiliado, derivada de los propios actos, de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva, comprometiéndome a cumplir en un todo las normativas nacionales y provinciales que reglamenten el ejercicio profesional y la actividad farmacéutica.
- 3) Sin perjuicio de la plena conformidad brindada previamente, específicamente
  - a. Me obligo a otorgar los descuentos que correspondan conforme al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA, y a hacer las contribuciones necesarias para el funcionamiento y administración de dicho convenio.
  - b. Acepto las normas y modalidades sobre auditoría, dispensación, liquidación y pago que se establecen en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA y/o las acuerden en el futuro.
  - c. Acepto las potestades del INSSJP definidas en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FEFARA.
- 4) Acepto y presto conformidad para que, ante el incumplimiento de nuestras obligaciones, el INSSJP:
  - a. Realice retenciones y/o débitos de los pagos que me correspondan frente a situaciones que generen débitos por incumplimientos y/o errores y/o cualquier situación que se establezca cuya consecuencia sea un debito; y/o
  - b. suspenda preventiva y/o disponga la baja de mi participación del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FEFARA.
- 5) Me obligo a mantener indemne al INSSJP y las demás Farmacias que forman parte del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FEFARA, sus socios, funcionarios, directores, directores técnicos, empleados, apoderados, contratistas, subcontratistas y a las personas jurídicas y físicas vinculadas, contra todos y cualquier reclamo, conflicto, sentencia, costo, pasivo, daño, multas, pérdidas, demandas, acciones, juicios, sumarios y ejecuciones (incluyendo, sin limitación, honorarios de abogados) derivados de, o con relación a cualquier incumplimiento de nuestras obligaciones y/o que nos sea jurídicamente imputable. La indemnidad acordada será cumplida y asegurada a primer requerimiento, por lo que también aceptamos toda retención y compensación que el INSSJP practique sobre los importes a pagarnos



derivados del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA a los fines de asegurar la indemnidad acordada.

- 6) Acepto y presto conformidad que (agregar CAMARA y/o Entidad asociada) tiene mandato suficiente para negociar, renegociar y/o modificar y/o acordar la solución de controversias en mi representación en relación al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA.

Sin otro particular saluda a Uds. muy atentamente.

Firma

Apellido y Nombre

propietario y/o representante legal:

Firma

Apellido y Nombre

Director técnico farmacia

Sello de la Farmacia

Firma

Apellido y Nombre

Cámara y/o Entidad asociada (en caso de corresponder)

*CERTIFICO/AMOS que la/s firma/s que anteceden han sido puestas en mi/nuestra presencia y corresponden a ..... (Indicar nombre DNI y carácter que reviste) a los .....días del mes de ..... de dos mil .....*

**(LA CERTIFICACION PODRA SER DE ESCRIBANO O JUEZ DE PAZ).**

Documentación que deberá presentarse:

- Formulario 1 -Planilla de datos para alta de Farmacia
- Formulario 2 - Declaración Jurada sobre sanciones
- Formulario 3 - Planilla de asignación de droguería para recibir sus notas de recuperación de descuentos y autorizaciones de pago con firma de conformidad de la droguería a la que destinará las notas.
- Certificado de habilitación de Farmacia (correspondiente según jurisdicción).
- Copia Constancia AFIP Inscripción de CUIT
- Nota del Colegio o Cámara avalando los datos incluidos en la documentación.
- En el caso de que se trate de una transferencia de propiedad, copia del boleto de Compra/Venta.

Formulario 1

**PLANILLA DE DATOS PARA ALTA/ MODIFICACION DE FARMACIA**

- ☐ Alta Nueva                      ☐ Cambio de Razón Social                      ☐ Cambio de Domicilio
- ☐ Cambio de Droguería                      ☐ Cambio de Dirección Técnica                      ☐ Cambio de Nombre de Fantasía
- ☐ Cambio de Agrupamiento y Entidad

**DATOS:**

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Código PAMI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Código CUFE/GLN: \_\_\_\_\_

Razón Social ACTUAL/ALTA: \_\_\_\_\_ CUIT ALTA: \_\_\_\_\_

Tipo de Razón Social: \_\_\_\_\_

Miembros de la Sociedad:

- |            |       |
|------------|-------|
| 1. Nombre: | CUIT: |
| 2. Nombre: | CUIT: |
| 3. Nombre: | CUIT: |
| 4. Nombre: | CUIT: |
| 5. Nombre: | CUIT: |

Razón Social BAJA:

CUIT BAJA:

Director/a Técnica ACTUAL/ALTA:

Matrícula:

Director/a Técnica BAJA:

Matricula BAJA:

**Domicilio de la Farmacia**

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Partido o Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Droguería:**

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

**Agrupamiento (Colegio/Cámara):**

Código: **1620** Nombre: **Colegio Farmacéutico de la Provincia Del Neuquén** Sucursal: **Neuquén**

**Entidad Nacional:**

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: **FEFARA**

Sello Entidad

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Responsable de la Entidad

Sello Farmacia

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Responsable de la Farmacia



## **Formulario 2**

### **DECLARACIÓN JURADA CONVENIO**

El que suscribe .....en su carácter de UNICO PROPIETARIO – REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de la Farmacia ..... sita en la calle..... N° ..... de la localidad de ....., de la provincia de ....., deja constancia que habiendo solicitado la incorporación voluntaria de ..... (nombre o razón social de la farmacia) al CONVENIO PAMI-FEFARA por Solicitud de Fecha .../...../..... DECLARO BAJO JURAMENTO que tanto el suscripto, como la farmacia, como su Director Técnico, Farmacéutico ....., no han sido suspendidos, ni excluidos, ni objeto de sanción alguna por parte del INSSJP por la que solicito la inmediata habilitación de la oficina de farmacia al precitado convenio.

Consecuentemente asumo la plena y total responsabilidad por los términos de la presente Declaración quedando expresamente establecido que en el hipotético supuesto de constatarse que el suscripto y/o Farmacia y/o Director Técnico hubieran sido objeto de sanciones por parte del INSSJP, perderé el derecho al cobro de prestaciones farmacéuticas efectuadas en el marco de los convenios antes citados, no teniendo ningún tipo de reclamo que efectuar por ningún concepto contra el INSSJP, ni contra las INSTITUCIONES REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS.

Constituyo domicilio legal en Farmacia ....., calle..... N° ..... Localidad ....., Código Postal ....., Provincia de ....., dónde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen y me someto expresamente para cualquier actuación judicial que derive de la presente Declaración Jurada a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Ciudad de Buenos Aires.

Sello farmacia

Firmas y aclaraciones

Responsable legal y del director técnica de la farmacia

*CERTIFICO/AMOS que la/s firma/s que anteceden han sido puestas en mi/nuestra presencia y corresponden a ..... (Indicar nombre DNI y carácter que reviste) a los .....días del mes de ..... de dos mil .....*

***(LA CERTIFICACION PODRA SER DE ESCRIBANO O JUEZ DE PAZ).***



**Formulario 3**

**PLANILLA DE ASIGNACIÓN/CAMBIO DE DROGUERÍA**

Lugar y Fecha: .....

Sr. Presidente del..... de .....  
S. / D.

De mi consideración:

De acuerdo a lo establecido en el Convenio PAMI FEFARA, informa a Ud. que designo a la Droguería....., Sucursal..... Código DROGUERIA..... para las Notas de Recuperación de Descuentos y Autorizaciones de Pago.

Sello, firma y aclaración del Propietario  
y/o Representante Legal  
de Droguería Asignada

Sello, firma y aclaración  
Responsable del Representante Legal  
de Farmacia

Sello, firma y aclaración del Propietario  
y/o Representante Legal  
de Droguería desafectada por la Farmacia  
*(Solo para cambio de droguería)*

## APÉNDICE A

### MODELO DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE FARMACIA

SEÑORES

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PRESENTE

Me dirijo a Uds. en calidad de representante de la Farmacia “.....”, con el objeto de solicitar se acepte nuestra incorporación como Farmacia del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA). A tal efecto:

- 1) Acepto de plena conformidad el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA.
- 2) Acepto y asumo la plena responsabilidad que me corresponda en la atención del afiliado, derivada de los propios actos, de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva, comprometiéndome a cumplir en un todo las normativas nacionales y provinciales que reglamenten el ejercicio profesional y la actividad farmacéutica.
- 3) Sin perjuicio de la plena conformidad brindada previamente, específicamente
  - a. Me obligo a otorgar los descuentos que correspondan conforme al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA, y a hacer las contribuciones necesarias para el funcionamiento y administración de dicho convenio.
  - b. Acepto las normas y modalidades sobre auditoría, dispensación, liquidación y pago que se establecen en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA y/o las acuerden en el futuro.
  - c. Acepto las potestades del INSSJP definidas en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FEFARA.
- 4) Acepto y presto conformidad para que, ante el incumplimiento de nuestras obligaciones, el INSSJP:
  - a. Realice retenciones y/o débitos de los pagos que me correspondan frente a situaciones que generen débitos por incumplimientos y/o errores y/o cualquier situación que se establezca cuya consecuencia sea un debito; y/o
  - b. suspenda preventiva y/o disponga la baja de mi participación del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FEFARA.
- 5) Me obligo a mantener indemne al INSSJP y las demás Farmacias que forman parte del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FEFARA, sus socios, funcionarios, directores, directores técnicos, empleados, apoderados, contratistas, subcontratistas y a las personas jurídicas y físicas vinculadas, contra todos y cualquier reclamo, conflicto, sentencia, costo, pasivo, daño, multas, pérdidas, demandas, acciones, juicios, sumarios y ejecuciones (incluyendo, sin limitación, honorarios de abogados) derivados de, o con relación a cualquier incumplimiento de nuestras obligaciones y/o que nos sea jurídicamente imputable. La indemnidad acordada será cumplida y asegurada a primer requerimiento, por lo que también aceptamos toda retención y compensación que el INSSJP practique sobre los importes a pagarnos

derivados del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA a los fines de asegurar la indemnidad acordada.

- 6) Acepto y presto conformidad que (agregar CAMARA y/o Entidad asociada) tiene mandato suficiente para negociar, renegociar y/o modificar y/o acordar la solución de controversias en mi representación en relación al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA.

Sin otro particular saluda a Uds. muy atentamente.

Firma

Apellido y Nombre

propietario y/o representante legal:

Firma

Apellido y Nombre

Director técnico farmacia

Sello de la Farmacia

Firma

Apellido y Nombre

Cámara y/o Entidad asociada (en caso de corresponder)

*CERTIFICO/AMOS que la/s firma/s que anteceden han sido puestas en mi/nuestra presencia y corresponden a ..... (Indicar nombre DNI y carácter que reviste) a los .....días del mes de ..... de dos mil .....*

**(LA CERTIFICACION PODRA SER DE ESCRIBANO O JUEZ DE PAZ).**

Documentación que deberá presentarse:

- Formulario 1 -Planilla de datos para alta de Farmacia
- Formulario 2 - Declaración Jurada sobre sanciones
- Formulario 3 - Planilla de asignación de droguería para recibir sus notas de recuperación de descuentos y autorizaciones de pago con firma de conformidad de la droguería a la que destinará las notas.
- Certificado de habilitación de Farmacia (correspondiente según jurisdicción).
- Copia Constancia AFIP Inscripción de CUIT
- Nota del Colegio o Cámara avalando los datos incluidos en la documentación.
- En el caso de que se trate de una transferencia de propiedad, copia del boleto de Compra/Venta.

Formulario 1

**PLANILLA DE DATOS PARA ALTA/ MODIFICACION DE FARMACIA**

- ☐ Alta Nueva                      ☐ Cambio de Razón Social                      ☐ Cambio de Domicilio
- ☐ Cambio de Droguería                      ☐ Cambio de Dirección Técnica                      ☐ Cambio de Nombre de Fantasía
- ☐ Cambio de Agrupamiento y Entidad

**DATOS:**

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Código PAMI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Código CUFE/GLN: \_\_\_\_\_

Razón Social ACTUAL/ALTA: \_\_\_\_\_ CUIT ALTA: \_\_\_\_\_

Tipo de Razón Social: \_\_\_\_\_

Miembros de la Sociedad:

- |            |       |
|------------|-------|
| 1. Nombre: | CUIT: |
| 2. Nombre: | CUIT: |
| 3. Nombre: | CUIT: |
| 4. Nombre: | CUIT: |
| 5. Nombre: | CUIT: |

Razón Social BAJA:

CUIT BAJA:

Director/a Técnica ACTUAL/ALTA:

Matrícula:

Director/a Técnica BAJA:

Matricula BAJA:

**Domicilio de la Farmacia**

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Partido o Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Droguería:**

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

**Agrupamiento (Colegio/Cámara):**

Código: **1620** Nombre: **Colegio Farmacéutico de la Provincia Del Neuquén** Sucursal: **Neuquén**

**Entidad Nacional:**

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: **FEFARA**

Sello Entidad

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Responsable de la Entidad

Sello Farmacia

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Responsable de la Farmacia



**Formulario 2****DECLARACIÓN JURADA CONVENIO**

El que suscribe .....en su carácter de UNICO PROPIETARIO – REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de la Farmacia ..... sita en la calle..... N° ..... de la localidad de ....., de la provincia de ....., deja constancia que habiendo solicitado la incorporación voluntaria de ..... (nombre o razón social de la farmacia) al CONVENIO PAMI-FEFARA por Solicitud de Fecha .../...../..... DECLARO BAJO JURAMENTO que tanto el suscripto, como la farmacia, como su Director Técnico, Farmacéutico ....., no han sido suspendidos, ni excluidos, ni objeto de sanción alguna por parte del INSSJP por la que solicito la inmediata habilitación de la oficina de farmacia al precitado convenio.

Consecuentemente asumo la plena y total responsabilidad por los términos de la presente Declaración quedando expresamente establecido que en el hipotético supuesto de constatarse que el suscripto y/o Farmacia y/o Director Técnico hubieran sido objeto de sanciones por parte del INSSJP, perderé el derecho al cobro de prestaciones farmacéuticas efectuadas en el marco de los convenios antes citados, no teniendo ningún tipo de reclamo que efectuar por ningún concepto contra el INSSJP, ni contra las INSTITUCIONES REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS.

Constituyo domicilio legal en Farmacia ....., calle..... N° ..... Localidad ....., Código Postal ....., Provincia de ....., dónde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen y me someto expresamente para cualquier actuación judicial que derive de la presente Declaración Jurada a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Ciudad de Buenos Aires.

Sello farmacia

Firmas y aclaraciones

Responsable legal y del director técnica de la farmacia

*CERTIFICO/AMOS que la/s firma/s que anteceden han sido puestas en mi/nuestra presencia y corresponden a ..... (Indicar nombre DNI y carácter que reviste) a los ..... días del mes de ..... de dos mil .....*

***(LA CERTIFICACION PODRA SER DE ESCRIBANO O JUEZ DE PAZ).***



**Formulario 3**

**PLANILLA DE ASIGNACIÓN/CAMBIO DE DROGUERÍA**

Lugar y Fecha: .....

Sr. Presidente del..... de .....  
S. / D.

De mi consideración:

De acuerdo a lo establecido en el Convenio PAMI FEFARA, informa a Ud. que designo a la Droguería....., Sucursal..... Código DROGUERIA..... para las Notas de Recuperación de Descuentos y Autorizaciones de Pago.

Sello, firma y aclaración del Propietario  
y/o Representante Legal  
de Droguería Asignada

Sello, firma y aclaración  
Responsable del Representante Legal  
de Farmacia

Sello, firma y aclaración del Propietario  
y/o Representante Legal  
de Droguería desafectada por la Farmacia  
*(Solo para cambio de droguería)*



## **DATOS PARA GENERAR ALTA PAÑALES PAMI**

**Farmacia Nombre:**

**Código Pami:**

**Dirección:**

**Localidad:**

**C.P:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**CUIT:**

**Mail:**

**Droguería por la que recibo las Notas de Recupero de descuento de PAMI:**

**Nº cliente:**

**Droguería alternativa: ----**

**Nº cliente:**

**Farmacéutico/Director Técnico de la farmacia:**

---

**FIRMA**

**SELLO**



## **DATOS PARA GENERAR ALTA OSTOMÍA PAMI**

**Farmacia Nombre:**

**Código Pami:**

**Dirección:**

**Localidad:**

**C.P:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**CUIT:**

**Mail:**

**Droguería por la que recibo las Notas de Recupero de descuento de PAMI:**

**Nº cliente:**

**Droguería alternativa:**

**Nº cliente:**

**Farmacéutico/Director Técnico de la farmacia:**

---

**FIRMA**

**SELLO**

	<b>FORMULARIO ALTA/MODIFICACIÓN DE PRESTADORES FARMACEUTICOS</b>	<b>PRO-FINT-01</b> <b>Versión: 2.3</b>
		<b>FARMACIA</b>

**FARMACIA**  
(COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA)

1. NOMBRE DE FANTASÍA			
2. NOMBRE RAZÓN SOCIAL:			
CUIT:			
3. LOCALIZACIÓN:			
CALLE:	Nº:	BARRIO:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	UGL:	Agencia:
TELEFONO	FAX		
@mail:			
4. DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL			
Nombre y apellido			
Teléfono		Horario:	
@mail:			
5. DATOS DEL FARMACÉUTICO DT			
Nombre y apellido		Tipo y Nº de matricula	
Teléfono		Horario:	
@mail:		Presente durante la Auditoría SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
6. SI CUENTA CON FARMACÉUTICOS AUXILIARES COMPLETE:			
Nombre y apellido		Tipo y Nº de matricula	
Teléfono		Horario:	
@mail:		Presente durante la Auditoría SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre y apellido		Tipo y Nº de matricula	
Teléfono		Horario:	
@mail:		Presente durante la Auditoría SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7. AÑO DE INICIO DE ACTIVIDADES			
8. OTRAS EMPRESAS DEL SECTOR Y/O FARMACIAS DE ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA SOCIEDAD PROPIETARIA O DEL PROPIETARIO			
RAZON SOCIAL		CUIT	
DOMICILIO			
RUBRO			
9. SI POSEE ADMINISTRACION CENTRALIZADA FUERA DEL LOCAL COMPLETE			
DOMICILIO:			
TELEFONO:			
HORARIO DE ATENCIÓN:			
PROCESOS CENTRALIZADOS:			
10. ¿CUÁNTOS EMPLEADOS TRABAJAN ACTUALMENTE EN EL ESTABLECIMIENTO?			
11. ¿QUÉ HORARIO OPERA EL ESTABLECIMIENTO? CUMPLE LOS TURNOS OBLIGATORIOS COMO ES EL ORGANIGRAMA DE LOS MISMOS			

	<b>FORMULARIO ALTA/MODIFICACIÓN DE PRESTADORES FARMACEUTICOS</b>	<b>PRO-FINT-01</b> <b>Versión: 2.3</b>
		<b>FARMACIA</b>

12. HABILITACIÓN SANITARIA, MUNICIPAL Y PLANO ADJUNTADO

SI ☐  
NO ☐

Indique lo pendiente \_\_\_\_\_

13. DROGUERIAS DE REPOSICIÓN

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	FRECUENCIA

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


15. TIPO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS QUE COMERCIALIZAN

	SI	NO	LISTAS- OBSERVACIONES
PSICOFÁRMACOS			
ESTUPEFACIENTES			
CLOZAPINA			
ALTO COSTO			

16. SI MANEJA ESPECIALIDADES MEDICINALES CONTROLADAS (ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS)  
¿CÓMO LOS ALMACENA, ESTÁ DEFINIDO EL PERSONAL DE ACCESO?


17. SERVICIOS ESPECIALES (GABINETE U OTROS)

APLICACIÓN DE INYECTABLES
TOMA DE PRESION
CAMPAÑAS DE VACUNACION

18. GABINETE DE INYECTABLES

PERSONAL QUE APLICA LOS INYECTABLES
OBSERVACIONES

19. ¿POSEE HELADERA? CUANTAS

REGISTRA DIARIAMENTE LAS TEMPERATURAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	VECES/DÍA
USO EXCLUSIVO DE MEDICAMENTOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
CAPACIDAD			
OBSERVACIONES			

20. ¿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

21. TRAZABILIDAD: POSEE N° DE **CUFE** o **GLN** SI ☐ NO ☐

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

N° CUFE
---------

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

	POLIZA N°	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: