

**INFORME DE INDICADOR**

|                                             |                                                 |                                   |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Departamento / Área:<br><b>ALMACÉN CEMA</b> | Vigente a partir de:<br><b>Febrero del 2020</b> | Clave:<br><b>CEMA-RG-CA-II-13</b> |
|                                             | Versión: <b>1.0</b>                             | <b>Página 1 de 6</b>              |

**1. Ficha indicador**

| CONCEPTO                         | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Estándar                      | <i>Procedimiento Normalizado de Operación de Selección y Adquisición de Medicamentos.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2. Problema detectado            | Falta de cumplimiento en la entrega de medicamentos solicitados a los proveedores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3. Nombre del indicador          | <b>Porcentaje de medicamentos recibidos en almacén CEMA por proveedores.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4. Algoritmo                     | $= \frac{\text{\#de medicamentos recibidos}}{\text{\#de medicamentos solicitados}} \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5. Descripción (¿Qué nos dice?)  | Porcentaje de medicamentos que se reciben en almacén CEMA mensualmente del total que se solicitan a los distintos proveedores.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 6. Objetivo                      | <p><b>1.-</b> ¿Qué se pretende con este indicador?<br/>Medir el porcentaje de medicamentos recibidos en almacén CEMA por parte de los distintos proveedores.</p> <p><b>2.-</b> ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador?<br/>¿A dónde se quiere llegar con este indicador?<br/>¿Cuál sería un estado ideal del servicio o proceso?<br/>Recibir el 100% de los medicamentos solicitados a proveedores.</p> |
| 7. Alcance                       | <p><b>1.-</b> ¿Quiénes están involucrados con el proceso que se está evaluando?<br/>Proveedores de medicamentos</p> <p><b>2.-</b> ¿Qué áreas del hospital están involucradas?<br/>Almacén central</p> <p><b>3.-</b> ¿Los pacientes y familiares están involucrados?<br/>No</p>                                                                                                                              |
| 8. Proceso (método) de obtención | <p><b>a)</b> Medir el indicador</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Quién?: Personal de almacén</li> <li>¿Cómo?: Revisión de solicitudes de medicamentos y notas de entrada de medicamentos</li> <li>¿Dónde?: Almacén CEMA</li> <li>¿Cuándo?: Mensual</li> </ol> <p><b>b)</b> Recolectar los datos</p>                                                                                              |

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p align="center">Elaboró</p> <p align="center">NOMBRE: L.F. JOSÉ FRANCISCO FLORES MERA</p> <p align="center">PUESTO: AUXILIAR DE FARMACIA</p> | <p align="center">Validó</p> <p align="center">NOMBRE: L.F. BRIANDA IRAIS TORRES LUCAS</p> <p align="center">PUESTO: ENCARGADA DE ALMACÉN HOSPITALARIO</p> |
| Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.                                                                      |                                                                                                                                                            |

**INFORME DE INDICADOR**

|                                                    |                                                        |                                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Departamento / Área:</b><br><b>ALMACÉN CEMA</b> | <b>Vigente a partir de:</b><br><b>Febrero del 2020</b> | <b>Clave:</b><br><b>CEMA-RG-CA-II-13</b> |
|                                                    | <b>Versión: 1.0</b>                                    | <b>Página 2 de 6</b>                     |

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Quién?: personal de almacén</li> <li>2. ¿Cómo?: Requisiciones y notas de entrada de medicamentos</li> <li>3. ¿Dónde?: Almacén CEMA</li> <li>4. ¿Cuándo?: Mensual</li> </ol> <p><b>c) Analizar la información obtenida</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Quién?: personal de almacén</li> <li>2. ¿Cómo?: Requisiciones y notas de entrada de medicamentos</li> <li>3. ¿Dónde?: almacén CEMA</li> <li>4. ¿Cuándo?: Mensual</li> </ol> |  |
| 9. Frecuencia de revisión                                                                                                           | Mensual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 10. Responsable                                                                                                                     | Personal de Almacén CEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>Elaboró:</b> L.F. José Francisco Flores Mera<br><b>Puesto:</b> Auxiliar de Farmacia<br><b>Fecha de elaboración:</b> Febrero 2020 | <b>Revisó:</b> L.F. Brianda Irais Torres Lucas<br><b>Puesto:</b> Encargada de Almacén Hospitalario<br><b>Fecha de revisión:</b> Febrero del 2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |

|                                                                                                         |                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaboró</b><br><b>NOMBRE:</b> L.F. JOSÉ FRANCISCO FLORES MERA<br><b>PUESTO:</b> AUXILIAR DE FARMACIA | <b>Validó</b><br><b>NOMBRE:</b> L.F. BRIANDA IRAIS TORRES LUCAS<br><b>PUESTO:</b> ENCARGADA DE ALMACÉN HOSPITALARIO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## INFORME DE INDICADOR

Departamento / Área:  
ALMACÉN CEMA

Vigente a partir de:  
Febrero del 2020  
Versión: 1.0

Clave:  
CEMA-RG-CA-II-13  
Página 3 de 6

### 2. Recolección de datos

Se realiza un conteo de los medicamentos solicitados a los proveedores mediante las requisiciones que se generan para la compra de estos, así mismo de las entradas registradas en Histoclin para medir que porcentaje de medicamentos de los que se solicitaron, fueron recibidos por el almacén.

✓ Requisición de compra que se genera por cada proveedor y en cada solicitud.

| CLÍNICA DE MEDICINA DEPORTIVA S.A. DE C.V.<br>SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS<br>REQUISICIÓN DE COMPRA Y/O GESTIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                             |           |                                 |                 |           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------------|-----------|--|
| FECHA DE SOLICITUD                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | ÁREA DE COSTO PARA PRESUPUESTO                                                                                                                                                                                                              |                    | PERIODO                                                     |           |                                 |                 |           |  |
| 8 de Mayo de 2019                                                                                                                                                                                                                                                                     |        | 53                                                                                                                                                                                                                                          |                    | EXT.                                                        |           |                                 |                 |           |  |
| RAZÓN SOCIAL DEL PROVEEDOR O DENOMINACIÓN SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                                     |        | LEVIC S.A. DE C.V.                                                                                                                                                                                                                          |                    |                                                             |           |                                 |                 |           |  |
| RFC:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        | CDEB000554                                                                                                                                                                                                                                  |                    | NÚMERO TELEFÓNICO                                           |           |                                 |                 |           |  |
| PRESUPUESTO                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                                                                                                                                                                                             | ÁREA SOLICITANTE   |                                                             |           |                                 |                 |           |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                  | UNIDAD | CANTIDAD                                                                                                                                                                                                                                    | UNIDADES DE MEDIDA | REQUISICIÓN COMPLETA DEL PRODUCTO                           | MARCA     | PRESENTACIÓN                    | PRECIO UNITARIO | TOTAL     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 2                                                                                                                                                                                                                                           | PIEZAS             | OPPORONATO DE BICOMETASONA 18 MG PARA INHALACIÓN EN AEROSOL | DE        | CAJA CON UNA PIEZA              | \$59.00         | \$ 118.00 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 10                                                                                                                                                                                                                                          | PIEZAS             | CEFTROXIMA 15 SOLUCIÓN INYECTABLE                           | AMSA      | CAJA CON UN FRASCO              | \$12.00         | \$ 120.00 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 3                                                                                                                                                                                                                                           | PIEZAS             | BURPROFENO 300 MG SOLUCIÓN INYECTABLE                       | DOCPHAR   | CAJA CON 3 FRASCOS CON 30 ML    | \$19.00         | \$ 57.00  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 10                                                                                                                                                                                                                                          | CAJAS              | RETOROLAC 300 MG SOLUCIÓN INYECTABLE                        | AMSA      | CAJA CON 3 AMPOLLETAS           | \$10.00         | \$ 100.00 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 2                                                                                                                                                                                                                                           | PIEZAS             | SAUTANOL 180 MG CIGARILLOS AEROSOL                          | BRESALTEC | CAJA CON 1 DISPOSITIVO          | \$ 25.00        | \$ 50.00  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                             |           |                                 | SUBTOTAL        | \$ 345.00 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                             |           |                                 | I.V.A.          | \$ -      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                             |           |                                 | TOTAL           | \$ 345.00 |  |
| DATOS FISCALES PARA ELABORACIÓN DE CHEQUE:                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                             |           |                                 |                 |           |  |
| NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA REQUISICIÓN                                                                                                                                                                                                                                           |        | L.F. BRIANDA IRAIS TORRES LUCAS                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                             |           |                                 |                 |           |  |
| NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE REQUISICIÓN                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                             |           |                                 |                 |           |  |
| X Autorizado                                                                                                                                                                                                                                                                          |        | NE Autorizado                                                                                                                                                                                                                               |                    | MOTIVO                                                      |           |                                 |                 |           |  |
| PAPELERÍA REQUERIDA PARA ALMACÉN CEMA                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                             |           |                                 |                 |           |  |
| Documentación obligatoria para la entrega de este documento:                                                                                                                                                                                                                          |        | Documentación que se adjunta:                                                                                                                                                                                                               |                    | Fecha y hora de recepción de este documento:                |           |                                 |                 |           |  |
| <input type="checkbox"/> Cotización<br><input checked="" type="checkbox"/> Expediente clínico<br><input type="checkbox"/> Menú dietético<br><input type="checkbox"/> Menú semanal<br><input type="checkbox"/> Concurrencia de compras<br><input type="checkbox"/> Gaseosa de personas |        | <input type="checkbox"/> Evento especial<br><input type="checkbox"/> Actualización del software<br><input type="checkbox"/> Otro (especificar)<br><input type="checkbox"/> Evento urgente<br><input type="checkbox"/> Se realizó la reunión |                    | Fecha real en que se entregaron los bienes: 04/05/2019      |           |                                 |                 |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    | Lapso en que se entregará: INDETERMINADO                    |           |                                 |                 |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    | Destino final de los bienes solicitados: PACIENTE           |           |                                 |                 |           |  |
| Este documento es propiedad de CLÍNICA DE MEDICINA DEPORTIVA S.A. DE C.V.                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                             |           |                                 |                 |           |  |
| Firma                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        | Firma                                                                                                                                                                                                                                       |                    | V.B.                                                        |           | Firma                           |                 |           |  |
| L.F. José Francisco Flores Mera                                                                                                                                                                                                                                                       |        | C.P. Santa Valerina García                                                                                                                                                                                                                  |                    | Procurador                                                  |           | Director de Admisión y Finanzas |                 |           |  |

Elaboró  
NOMBRE: L.F. JOSÉ FRANCISCO FLORES MERA

PUESTO: AUXILIAR DE FARMACIA

Validó  
NOMBRE: L.F. BRIANDA IRAIS TORRES LUCAS

PUESTO: ENCARGADA DE ALMACÉN HOSPITALARIO

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.

**INFORME DE INDICADOR**

Departamento / Área:  
**ALMACÉN CEMA**

Vigente a partir de:  
**Febrero del 2020**  
Versión: **1.0**

Clave:  
**CEMA-RG-CA-II-13**  
Página 4 de 6

✓ Nota de entrada de medicamentos generada en Histoclin.

**CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**  
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
ALMACÉN CEMA

---

**RECIBO DE ALMACEN**

Proveedor: LEVIC S. A. DE C.V.  
GRASOL #35, MZA 38, L 10 Valle Verde  
Tultitlán, México, C.P. 54956  
RFC: DLE040628564  
TEL:

Num. Recibo: **RA-0002-04423**  
Fecha: 04/mayo/2019  
Tipo de Movimiento: COMPRAS  
Num. Contrato: NA  
Tipo de Pedido: Compra Directa  
Numero:  
Factura: IVA

| Cena | Part | Factur | Clave     | Consigna de Ingreso | Cant.  | Descripción                                                                                         | Lote                       | Unidad | \$ Precio | Importe \$ |
|------|------|--------|-----------|---------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|-----------|------------|
| 1    |      |        | CEMA-0001 |                     | 2.00   | SOPROPRANOLO DE<br>NECROSTINGOVA BUS PARA<br>INHALACION AEROSOL CAJA CON 1<br>FRASCO/CAJAS 1 UNIDAD | 9029<br>CAB<br>9010001     | caj    | 55.15     | \$110.30   |
| 2    |      |        | CEMA-0002 | 100-0400-2011       | 50.00  | SEPTINACINA 1.5 SOLUCION<br>INYECCABLE 1.5 UNIDAD CAJA CON<br>FRASCO/CAJAS 1 UNIDAD                 | 109007<br>CAB<br>9010000   | caj    | 21.21     | \$1,060.50 |
| 3    |      |        | CEMA-0003 |                     | 0.00   | RUPIPROFENO 2.5/100 ML<br>SUSPENSION INYECTABLE 2.5/100 ML<br>CAJA CON FRASCO/CAJAS 1 UNIDAD        | 10140017<br>CAB<br>9010001 | caj    | 10.40     | \$00.00    |
| 4    |      |        | CEMA-0004 |                     | 100.00 | RETOROLADO 20 MG/1 ML SOLUCION<br>INYECCABLE UNIDAD AMPOLLETAS<br>DE 1 ML                           | 910400<br>CAB<br>9010000   | amp    | 4.01      | \$401.00   |
| 5    |      |        | CEMA-0005 |                     | 2.00   | SALBUTAMOL 100 MG/200 ML<br>AEROSOL (BRESALTEC) DISPOSITIVO<br>INHALADOR CON 200 ML                 | 900004<br>CAB<br>9010000   | can    | 20.40     | \$40.80    |

Importe con Letras: MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 00/100 MIL

Subtotal: **1,898.03**  
Total: **1,898.03**

AUTORIZO: **LIC. SANTA VALENCIA GARCIA**  
ADMINISTRADOR CEMA

ELABORO: **JOSÉ FRANCISCO FLORES MERA**  
ENCARGADO ALMACÉN CEMA

Seño de Recibido:

Elaboró  
NOMBRE: L.F. JOSÉ FRANCISCO FLORES MERA  
PUESTO: AUXILIAR DE FARMACIA

Validó  
NOMBRE: L.F. BRIANDA IRAIS TORRES LUCAS  
PUESTO: ENCARGADA DE ALMACÉN HOSPITALARIO

*Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.*

INFORME DE INDICADOR

Departamento / Área:  
ALMACÉN CEMA

Vigente a partir de:  
Febrero del 2020  
Versión: 1.0

Clave:  
CEMA-RG-CA-II-13  
Página 5 de 6

3. Algoritmo

$$= \frac{\text{\# de medicamentos recibidos}}{\text{\# de medicamentos solicitados}} \times 100$$

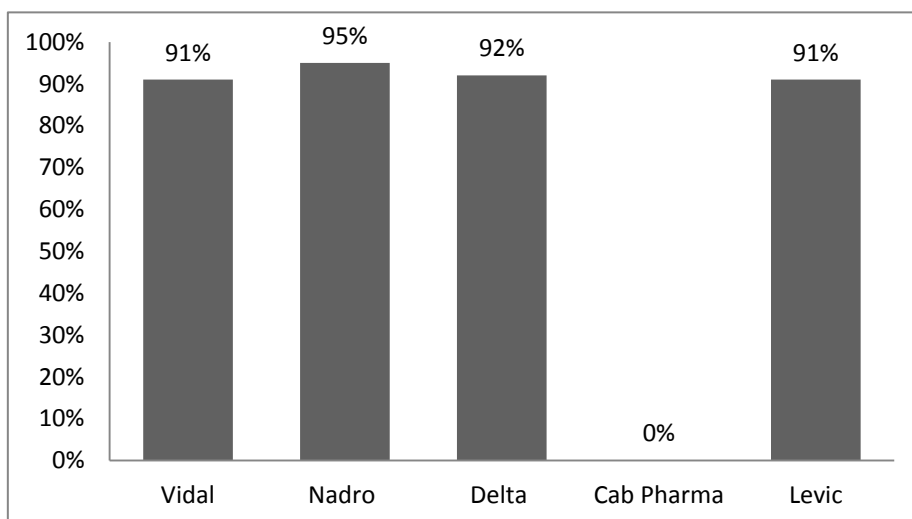
4. Resultados del algoritmo

4.1. Febrero 2020

| PROVEEDOR                       | ALGORITMO                  | RESULTADO |
|---------------------------------|----------------------------|-----------|
| Vidal Corporativo S.A. de C.V.  | $\frac{11}{12} \times 100$ | 91 %      |
| Nadro S.A.P.I. de C.V.          | $\frac{21}{22} \times 100$ | 95 %      |
| Farmacéutica Delta S.A. de C.V. | $\frac{13}{14}$            | 92 %      |
| CAB FARMA S.A. de C.V.          | NO APLICA                  | %         |
| Levic S.A. de C.V.              | $\frac{34}{37} \times 100$ | 91 %      |

5. Representación gráfica por frecuencia de revisión

5.1. Febrero 2020



Elaboró  
NOMBRE: L.F. JOSÉ FRANCISCO FLORES MERA  
PUESTO: AUXILIAR DE FARMACIA

Validó  
NOMBRE: L.F. BRIANDA IRAIS TORRES LUCAS  
PUESTO: ENCARGADA DE ALMACÉN HOSPITALARIO

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.

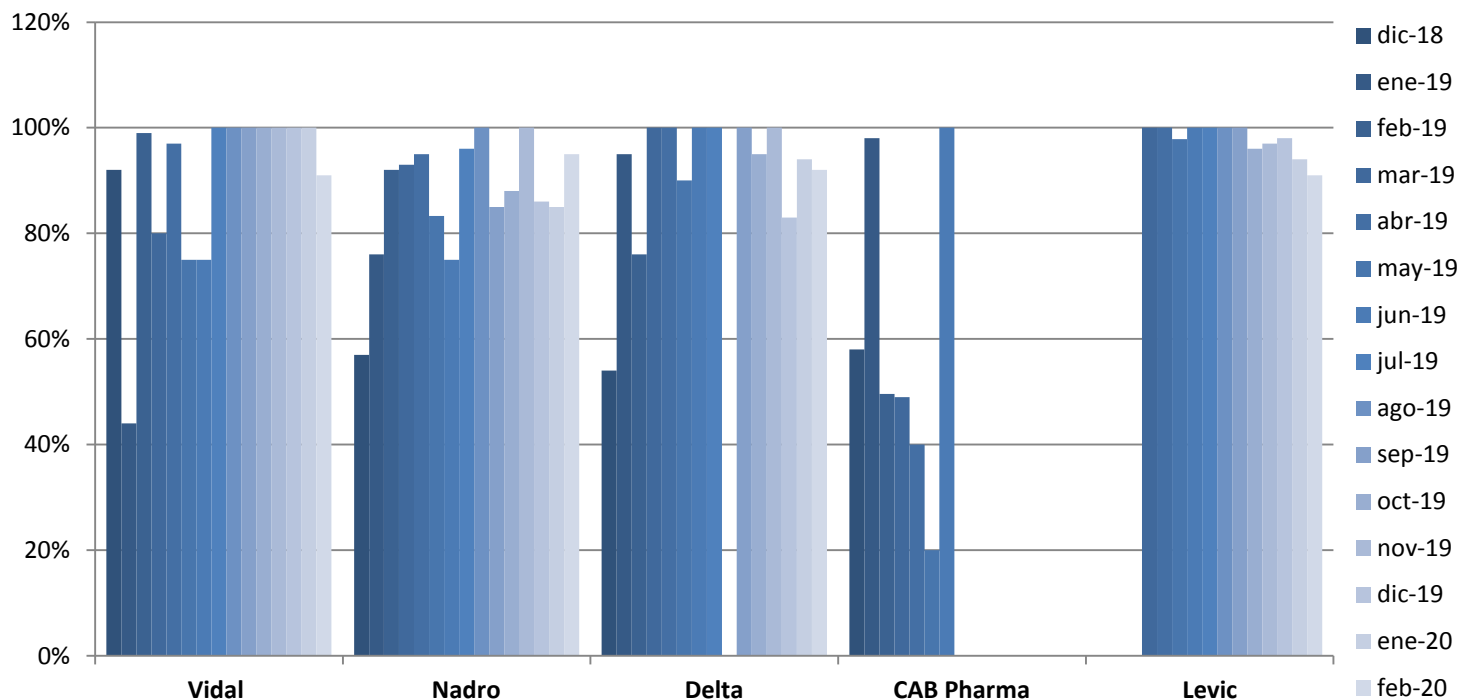
INFORME DE INDICADOR

Departamento / Área:  
ALMACÉN CEMA

Vigente a partir de:  
Febrero del 2020  
Versión: 1.0

Clave:  
CEMA-RG-CA-II-13  
Página 6 de 6

**6. Representación gráfica comparativa**



**7. Conclusiones**

En el mes de febrero no se cumple con la meta del 100% de recepción de medicamentos solicitados; en los 4 casos el faltante fue por 1 medicamento, con dos de ellos la razón fue desabasto del mismo producto (Espraden). Continúa sin solicitarse medicamentos con el proveedor Cab Pharma debido al desabasto continuo en varias de sus líneas de comercialización, se evalúa la posibilidad de descartarlo del listado de proveedores. Se continúa con la proyección de compras de forma mensual, lo que permite llevar un mejor control del listado de medicamentos que se deben solicitar por periodo y de su recepción.

Elaboró  
NOMBRE: L.F. JOSÉ FRANCISCO FLORES MERA  
PUESTO: AUXILIAR DE FARMACIA

Validó  
NOMBRE: L.F. BRIANDA IRAIS TORRES LUCAS  
PUESTO: ENCARGADA DE ALMACÉN HOSPITALARIO

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.