

DROGUERIAS MEDITERRANEO	Código: MPP-FR-01
PRODUCTOS FALTANTES	Versión: 03
	Fecha: 01-10-2025

NO.	FECHA	DATOS DEL PRODUCTO (Nombre comercial o principio activo)	PRESENTACIÓN (Forma farmacéutica/Concentración)	PROVEEDOR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

DROGUERIAS MEDITERRANEO	Código: MPP-FR-03
CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	Versión: 03
	Fecha: 01-10-2025

	AÑO												MES																					
DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
°C	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
32																																		
31																																		
30																																		
29																																		
28																																		
27																																		
26																																		
25																																		
24																																		
23																																		
22																																		
21																																		
20																																		
19																																		
18																																		
17																																		
16																																		
15																																		
14																																		
DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
% H	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T		
78																																		
76																																		
74																																		
72																																		
70																																		
68																																		
66																																		
64																																		
62																																		
60																																		
58																																		
56																																		
54																																		
52																																		
50																																		
48																																		
46																																		
44																																		

ESPECIFICACIONES:
Rango de Temperatura: 15°C - 30°C
Rango de Humedad: < 75%
Nota: Se deben definir las especificaciones según lo estipulado por el fabricante

ELABORÓ: Daniela Quiñones Johanna Páez, Mónica Merchán	REVISÓ: Carmiña Borda	APROBÓ: Juan Carlos Quiñones Pinzón
Equipo asesor en Calidad	Director Técnico	Representante legal

DROGUERIAS MEDITERRANEO	Código: PLE - FR - 01
MAPA DE PROCESOS	Versión: 03
	Fecha: 01-10-2025

MAPA DE PROCESOS DROGUERÍAS MEDITERRANEO



ELABORÓ: Daniela Quiñones Johanna Páez, Mónica Merchán	REVISÓ: Carmiña Borda	APROBÓ: Juan Pinzón
Equipo asesor en Calidad	Director Técnico	Representante lega

Carlos Quiñones

tl

DROGUERIAS MEDITERRANEO		Código: SAU-FR-01												
FORMATO DE PQRSF		Versión: 03												
		Fecha: 01-10-2025												
Nombre: _____	Telefono: _____													
Correo: _____	Dirección de domicilio: _____													
Fecha de la PQRSF: _____														
Seleccione el tramite a realizar:	<table border="1"> <tr> <td>Petición</td> <td></td> <td>Queja</td> <td></td> <td>Sugerencia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reclamo</td> <td></td> <td>Felicitación</td> <td></td> <td>Otro</td> <td></td> </tr> </table>	Petición		Queja		Sugerencia		Reclamo		Felicitación		Otro		
Petición		Queja		Sugerencia										
Reclamo		Felicitación		Otro										
A CONTINUACIÓN DESCRIBA SU PQRSF:														

Agradecemos su sinceridad y respeto en las opiniones

ELABORÓ: Daniela Quiñones Johanna Páez, Mónica Merchán	REVISÓ: Carmiña Borda	APROBO: Juan Carlos Quiñones Pinzón
Equipo asesor en Calidad	Director Técnico	Representante legal

DROGUERIAS MEDITERRANEO		Código: SAU-FR-03
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE		Versión: 03
		Fecha: 01-10-2025
Nombre: _____	Teléfono: _____	
Correo: _____	Dirección de domicilio: _____	
<p>Estamos en un proceso de mejora continua en la atención y satisfacción de nuestros clientes, por esto, requerimos de su colaboración para ese crecimiento como su droguería de confianza. Ayúdenos diligenciando la presente encuesta de satisfacción valorando nuestros servicios relacionados a continuación. Seleccione el puntaje con el cual califica nuestro servicio. En la parte inferior encontrará el espacio para que manifieste inconformidades u observaciones por los servicio y/o productos encontrados en el establecimiento.</p>		
<p align="center">Calificar cada uno de los criterios de evaluación de acuerdo a la siguiente escala 5=Excelente, 4=Bueno, 3=Regular, 2=Malo, 1=Pésimo</p>		
No.	Aspecto a Evaluar	Puntaje
1	La presentación visual de la droguería y/o persona que presta el servicio es	
2	La calidad de los productos y/o servicios ofrecidos es	
3	La disponibilidad de los productos solicitados o requeridos es	
4	La atención de la persona que le colaboró es	
5	La información brindada por la persona que lo atendió es	
6	La favorabilidad de los precios de los productos es	
7	El tiempo de atención ofrecido es	
PUNTAJE TOTAL		
<p align="center">En el siguiente espacio exprese sus inconformidades y/o observaciones.</p>		
<p align="center">Agradecemos su sinceridad y respeto en las opiniones</p>		

ELABORÓ: Daniela Quiñones Johanna Páez, Mónica Merchán	REVISÓ: Carmaña Borda	APROBÓ: Juan Carlos Quiñones Pinzón
Equipo asesor en Calidad	Director Técnico	Representante legal

DROGUERIAS MEDITERRANEO		Código: PEM-FR-04
EVALUACION Y RE-EVALUACION DE PROVEEDORES		Versión: 03
		Fecha: 01-10-2025
FECHA:	_____	
PERIODO EVALUADO	_____	
PROVEEDOR	_____	
NIT	_____	
PRODUCTO O SERVICIO PRESTADO	_____	

**Calificar cada uno de los criterios de evaluación de acuerdo a la siguiente escala
5=Excelente, 4=Bueno, 3=Regular, 2=Malo, 1=Pésimo**

CRITERIO DE EVALUACIÓN		PUNTAJE
1	PUNTUALIDAD EN LAS ENTREGAS	
2	CALIDAD DE PRODUCTOS AL MOMENTO DE LA ENTREGA	
3	COMPETITIVIDAD EN EL PRECIO	
4	CONCEPTO DE SECRETARIA DE SALUD ACTUALIZADO (1año de vigencia)	
5	TASA DE CREDITO	
6	ATENCIÓN DEL TRANSFERENCISTA-ASESOR DE VENTAS	
7	OPORTUNIDAD DE TIEMPO DE RESPUESTA (ENTREGA DE PEDIDOS, CUMPLIMIENTO DE HORARIOS)	
8	ENTREGA DEL TOTAL DEL PLAN DE COMPRAS SOLICITADO	
9	CUMPLIMIENTO DE DOCUMENTO QUE INFORME NOMBRE DEL PRODUCTO, CANTIDAD, No. DE LOTE, FECHA DE VENCIMIENTO Y REGISTRO SANITARIO.	
10	CUMPLIMIENTO DE TIEMPO DE RESPUESTA ANTE PQRS	
TOTAL		

PROMEDIOS	DESCRIPCION
41-50	MUY CONFIABLE, NO REQUIERE ACCIONES
30-40	CONFIABLE, CON NECESIDAD DE SUGERENCIAS
0-29	NO CONFIABLE, CON NECESIDAD DE SUGERENCIAS Y ANALIZAR SU PERMANENCIA EN EL LISTADO MAESTRO DE PROVEEDORES. REDACTAR PLAN DE ACCIÓN EN EL FORMATO EVM-FR-03 INFORME DE HALLAZGOS Y PLANES DE ACCIÓN

OBSERVACIONES:

ELABORÓ: Daniela Quiñones Johanna Páez, Mónica Merchán	REVISÓ: Carmiña Borda	APROBÓ: Juan Carlos Quiñones Pinzón
Equipo asesor en Calidad	Director Técnico	Representante legal

DROGUERIAS MEDITERRANEO	CÓDIGO: PRH-FR-03
CRONOGRAMA ANUAL DE CAPACITACIONES	VERSIÓN: 03
	FECHA: 01-10-2025

AÑO DEL CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES: _____

TEMA O ACTIVIDAD / MES	RESPONSABLE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Manipulación de alimentos	ASOCOLDRO												
Introducción al sistema de gestión de calidad	Daniela Quiñones												
Procedimiento de selección y adquisición	Carmiña Borda												
Taller en gestión estratégica y normatividad ISO 9001	Daniela Quiñones												
Procedimiento de recepción y devoluciones	Carmiña Borda												
Curso de actualización en normatividad farmacéutica	Daniela Quiñones												
Procedimiento de almacenamiento y dispensación	Carmiña Borda												
Capacitación en control documental digital y auditorías ISO 9001	Daniela Quiñones												
Procedimiento de farmacovigilancia y clasificación según registro invima	Carmiña Borda												
Capacitación en normas básicas de transporte seguro y entrega de medicamentos y atención al cliente	Daniela Quiñones												
Procedimiento de limpieza y desinfección	Daniela Quiñones												
Análisis de indicadores de gestión	Daniela Quiñones												

ELABORÓ: Daniela Quiñones Johanna Pérez, Mónica Merchán	REVISÓ: Carmiña Borda	APROBÓ: Juan Carlos Quiñones Pinzón
Equipo asesor en Calidad	Director Técnico	Representante legal

REGISTRO O ACTA DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

TEMA: _____
 CONFERENCISTA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN DE LA CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN:

ASISTENTES A LA CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN:

No.	NOMBRE	FIRMA	CORREO ELECTRÓNICO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

ELABORÓ: Daniela Quiñones Johanna Páez, Mónica Merchán	REVISÓ: Carmiña Borda	APROBÓ: Juan Carlos Quiñones Pinzón
Equipo asesor en Calidad	Director Técnico	Representante legal