INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC21-11
	VERIFICACIÓN Y TOMA DE MUESTRA DE MEDICAMENTOS Y DEMÁS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EN CUMPLIMIENTO A UNA SOLICITUD O QUEJA	Fecha de Aprobación: 21/08/12
		Versión:01
		Página 1 de 1

SOLICITANTE _____OFICIO No._____CIUDAD Y FECHA:_____
MOTIVO: _____

_____

FECHA DE VERIFICACIÓN	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	SE ENCONTRO EL PRODUCTO SI/NO

COPIA CONTROLADA

Nota. De encontrar existencia de productos farmacéuticos que infrinjan la normatividad legal vigente, aplicar medida sanitaria de seguridad correspondiente.

OBSERVACIONES:_____

FUNCIONARIOS QUE PRACTICARON LA INSPECCIÓN
FIRMA: _____ C.C. _____ CARGO:_____