



**REPORTE DE INSPECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS
 FARMACÉUTICOS Y AFINES**

Fecha de Inspección _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Nombre: _____

Dirección: _____

Propietario o Representante legal: _____

Director Técnico: _____

Licencia Sanitaria No. _____ Fecha de vencimiento: _____

Llenar con una X los cuadros correspondientes a la categoría:

Farmacia	<input type="checkbox"/>	Venta de Medicina	<input type="checkbox"/>	Venta de Productos Naturales	<input type="checkbox"/>
Droguería	<input type="checkbox"/>	Distribuidora	<input type="checkbox"/>	Quioscos	<input type="checkbox"/>
Depósito Dental	<input type="checkbox"/>	Salón de Belleza o Barbería	<input type="checkbox"/>		

TIPO DE INSPECCIÓN:

Inspección de Rutina Inspección por denuncia

RESULTADO:

El establecimiento Está cerrado No existe No permiten la entrada

Al realizar la inspección se procedió a la revisión de los productos farmacéuticos y otros en el establecimiento, encontrando lo siguiente:

Productos fuera del listado de Venta de Medicinas Si No Re-etiquetados Sí No

Vencidos Si No En mal estado Si No Falsificados Sí No

Marcados PROAM/Entidades del Estado Si No Productos Controlados Sí No

Sin Registro Sanitario Si No Licencia Sanitaria vigente y a la vista Sí No

Tarjeta de Salud y/o Certificado Médico vigente Si No Nombramiento de Director Técnico a la vista Sí No

Registro de Temperatura y Humedad Si No Reporte de Productos Controlados Si No NA

Control de recetas de antibióticos y esteroides Sí No Sitio exclusivo para vencidos Sí No

Cuentan con productos refrigerados Si No Refrigerador exclusivo Si No NA

Limpio y en orden Si No Registro de temperatura de la Refrigeradora Si No NA

DICTAMEN: CUMPLE NO CUMPLE

OBSERVACIONES: _____

PARTICIPANTES EN LA INSPECCIÓN, por el establecimiento:

Nombre: _____ Firma: _____

Por la Unidad de Vigilancia, Monitoreo y Control:

Nombre: _____ Firma y sello: _____

Nombre: _____ Firma y sello: _____

