

**INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN DE SERVICIO FARMACÉUTICO**

**ACTA SEGUIMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS GENERALES | |
| **Operador:** | **OPERADOR** |
| **NIT del Operador:** | **NIT\_OPERADOR** |
| **Nombre de la droguería o farmacia:** | **NOMBRE\_FARMACIA** |
| **Nit sucursal:** | **NIT\_SUCURSAL** |
| **Ciudad:** | **CIUDAD** |
| **Dirección:** | **DIRECCION** |
| **Teléfono:** | **TELEFONO** |
| **Nivel y Tipo de servicio farmacéutico:** | **NIVEL\_SERVICIO** |
| **Representante legal:** | **REPRESENTANTE\_LEGAL** |
| **Director técnico:** | **DIRECTOR\_TECNICO** |
| **Auditor 1:** | **AUDITOR\_1** |
| **Auditor 2:** | **AUDITOR\_2** |
| **Fecha de Auditoria:** | **FECHA\_AUDITORIA** |
| **Tipo Droguería:** | **TIPO\_DROGERIA** |

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |

RESPUESTAS\_AUDITORIA

**OBSERVACIONES GENERALES**

|  |
| --- |
|  |

**RECOMENDACIONES**

|  |
| --- |
|  |

**RESPONSABLES**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma: Firma:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma: Firma:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma: Firma:**