**ACTA DE SUPERVISIÓN E INSPECCIÓN**

**PARA APERTURA DISTRIBUIDORAS E IMPORTADORAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

**No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El Departamento de Supervisión e Inspección de la Dirección de Farmacia, se presentó en el Establecimiento Farmacéutico denominado **“DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA de Productos Farmacéuticos“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”,** el día \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 2014, a las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el objetivo de verificar el cumplimiento de la “Ley de Medicamentos y Farmacia”, su Reglamento y Reformas vigentes, y demás normas regulatorias de Medicamentos y Farmacia.

En el Establecimiento referido fuimos recibidos por el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Propietario(a) y/o Representante del Establecimiento y por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regente Farmacéutico(a), a quienes se les manifestaron el motivo de nuestra visita. Luego se procedió a realizar la Supervisión e Inspección, verificando lo siguiente:

**I.- DATOS GENERALES DE LA “DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA”:**

1.1- Nombre o razón social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2- Domicilio y Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.3- Nombre completo del Propietario y/o Representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.4- Horario de Funcionamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II.- DATOS DEL (DE LA) REGENTE FARMACÉUTICO(A):**

2.1- Nombre completo del (de la) Regente Farmacéutico(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2- Número de Código de Registro Sanitario del (de la) Regente Farmacéutico(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3- Se encuentra presente el (la) Regente Farmacéutico(a): SI\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es negativa, explicar su ausencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

2.4- El Contrato Laboral entre el Propietario y Regente se encuentra vigente? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2.5- Según el Contrato Laboral, cual es el horario de trabajo del (de la) Regente?

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

**III.- ÁREA DE ALMACENAMIENTO:**

3.1 DIMENSIÓN: Área de Almacenamiento y despacho: \_\_\_\_\_\_ mts2

3.2- INFRAESTRUCTURA DEL LOCAL:

Cielo raso: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Piso de ladrillo liso: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

 Paredes sólidas lisas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Instalaciones Sanitarias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

3.3- CONDICIONES DEL LOCAL:

 Ventilación de aire natural: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

 Ventiladores artificiales: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

Sistema de aire acondicionado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

 Posee iluminación uniforme: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

 Extintor: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

* 1. PARA LA ORDENACIÓN DE LOS PRODUCTOS:

Estantes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

 Polines: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

 Refrigerador: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

 Refrigerador para vacunas (si procede): SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

 Sección para Psicotrópicos y Estupefacientes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

 Sección para productos que requieren Temp. especiales: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**IV.- ÁREA ADMINISTRATIVA**

Rótulo: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Escritorios: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Sillas: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Archivadora: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Sello: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Calculadora: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Computador: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Pistola para marcar precios: SI \_\_\_ NO \_\_\_

**V.- BIBLIOGRAFÍA EN LA DISTRIBUIDORA**

* Formulario Terapéutico Nacional de Medicamentos (actual): SI \_\_\_ NO \_\_\_
* Texto de Farmacología Básica (Edición últimos tres años): SI \_\_\_ NO \_\_\_
* Pharmacopea Martindale (Edición de últimos tres años): SI \_\_\_ NO \_\_\_
* Ley 292, Ley de Medicamentos y Farmacia, su Reglamento y Reformas vigentes: SI \_\_\_ NO \_\_

**VI.- OBSERVACIONES GENERALES:**

**VII.- CONCLUSIÓN:**

**VIII.- RECOMENDACIONES:**

Leída la presente Acta, el día \_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, firmamos

## Nombre y Firma del (de la) Nombre y Firma del (de la)

 Representante de la Distribuidora Regente Farmacéutico(a)

##  Nombre y Firma del

Supervisor e Inspector Farmacéutico

Dirección de Farmacia.

### Cc: Representante de la Distribuidora

 **Archivo**

**ACTA DE SUPERVISIÓN E INSPECCIÓN**

**PARA APERTURA DE DISTRIBUIDORAS E IMPORTADORAS DE PRODUCTOS COSMÉTICOS**

**No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El Departamento de Supervisión e Inspección de la División de Farmacia, se presentó donde funcionará el Establecimiento Farmacéutico **DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA de Productos Cosméticos “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”**

el día \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el objetivo de verificar el cumplimiento de la “Ley de Medicamentos y Farmacia”, su Reglamento y Reformas vigentes, y demás normas regulatorias de Medicamentos y Farmacia, para su funcionamiento.

En el Establecimiento referido fuimos recibidos por él\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propietario(a) y/o Representante del Establecimiento, a quien se les manifestó el motivo de nuestra visita. Luego se procedió a realizar la Supervisión e Inspección, verificando lo siguiente:

**I.- DATOS GENERALES DE LA “DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA”:**

1.1- Nombre o razón social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Domicilio y Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.3- Nombre completo del Propietario y/o Representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.5- Horario de Funcionamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II.- ÁREA DE ALMACENAMIENTO:**

3.1 DIMENSIÓN: Área de Almacenamiento y despacho: \_\_\_\_ mts2

3.2- INFRAESTRUCTURA DEL LOCAL:

Cielo raso: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Paredes sólidas lisas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Piso de ladrillo liso: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Instalaciones Sanitarias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

3.3- CONDICIONES DEL LOCAL:

 Ventilación de aire natural: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

 Cortinas en las ventanas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Ventiladores artificiales: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

Sistema de aire acondicionado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

 Posee iluminación uniforme: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

 Extintores: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

3.4- PARA LA ORDENACIÓN DE LOS PRODUCTOS:

Estantes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

Polines: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

Vitrinas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

Exhibidores: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

 Sección para productos que requieren Temp. especiales: SI \_\_ NO \_\_\_

**IV.- ÁREA ADMINISTRATIVA**

Rótulo: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Escritorios: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Sillas: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Archivadora: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Sello: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Calculadora: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Computador con sus accesorios: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Pistola para marcar precios: SI \_\_\_ NO \_\_\_

**V.- OBSERVACIONES GENERALES:**

**VI.- CONCLUSIÓN:**

**VII.- RECOMENDACIONES:**

Leída la presente Acta, el día \_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, firmamos

## Nombre y Firma del (de la) Nombre y Firma del

Propietario(a) de la Distribuidora Supervisor e Inspector Farmacéutico

 (Dirección de Farmacia)

Cc: Propietario de la Distribuidora

**ACTA DE SUPERVISIÓN E INSPECCIÓN**

**DE DISTRIBUIDORAS E IMPORTADORAS DE PRODUCTOS COSMÉTICOS**

**No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El Departamento de Supervisión e Inspección de la Dirección de Farmacia, se presentó en el Establecimiento Farmacéutico denominado **DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA de Productos Cosméticos“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”,**

el día \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con el objetivo de verificar el cumplimiento de la “Ley de Medicamentos y Farmacia”, su Reglamento y Reformas vigentes, y demás normas regulatorias de Medicamentos y Farmacia.

En el Establecimiento referido fuimos recibidos por el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Propietario(a) y/o Representante del Establecimiento, a quien se le manifestó el motivo de nuestra visita.

Luego se procedió a realizar la Supervisión e Inspección, verificando lo siguiente:

**I.- DATOS GENERALES DE LA “DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA”:**

1.1- Nombre o razón social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2- Domicilio y Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.3- Nombre completo del Propietario y/o Representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.4- Licencia Sanitaria No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, registrada en el Tomo \_\_\_, Folio \_\_\_\_\_, la cual se encuentra

 vigente hasta el \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.5- Horario de Funcionamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II.- ÁREA DE ALMACENAMIENTO:**

2.1 DIMENSIÓN: Área de Almacenamiento y despacho: \_\_\_\_ mts2

2.2- INFRAESTRUCTURA DEL LOCAL:

Cielo raso: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Paredes sólidas lisas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Piso de ladrillo liso: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Instalaciones Sanitarias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

2.3- CONDICIONES DEL LOCAL:

 Ventilación de aire natural: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

 Ventiladores artificiales: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad:\_\_\_\_\_

Sistema de aire acondicionado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad:\_\_\_\_\_

 Posee iluminación uniforme: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

 Extintor: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad:\_\_\_\_\_

* 1. PARA LA ORDENACIÓN DE LOS PRODUCTOS:

Estantes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

 Polines: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

Vitrinas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

Exhibidores: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_\_

 Sección para productos que requieren Temp. especiales: SI \_\_ NO \_\_\_

**III.- ÁREA ADMINISTRATIVA**

Rótulo: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_

Escritorios: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Sillas: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Archivadora: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Sello: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Calculadora: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Computador: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Pistola para marcar precios: SI \_\_\_ NO \_\_\_

**IV.- ORDENAMIENTO DE LOS PRODUCTOS COSMÉTICOS**

Indique el tipo de ordenamiento con una “x”

1. Por Orden Alfabético: \_\_\_\_
2. Por Presentación: \_\_\_\_
3. Por Laboratorio Fabricante: \_\_\_\_
4. No existe ordenamiento: \_\_\_\_

**V.- CONTROLES DE ALMACENAMIENTO**

**EL (LA) PROPIETARIO (A) DEL ESTABLECIMIENTO:**

* Lleva Registro y Control de Fechas de Vencimiento de los productos que lo contienen:

SI \_\_\_ NO \_\_\_

* Supervisa que las condiciones de almacenamiento sean las adecuadas para los productos:

 SI \_\_\_ NO \_\_\_

**VI.- VERIFICACIÓN DE LOS SIGNOS FÍSICOS DE DETERIORO DE LOS PRODUCTOS COSMÉTICOS:**

PRODUCTOS COSMÉTICOS “SEMI-SÓLIDOS”:

Olor extraño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cambio de consistencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Separación excesiva de líquidos (en pomada): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ruptura de emulsión (en crema): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Aparecimiento de gránulos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VII.- EXISTENCIA EN LA “DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA” DE PRODUCTOS COSMÉTICOS:**

Vencidos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Alterados: SI \_\_ NO \_\_\_

Deteriorados: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_ Adquiridos Ilegalmente: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**VIII.- LA “DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA” DE PRODUCTOS COSMÉTICOS:**

* Soporta la adquisición de sus Productos con Facturas de Importación y/o Facturas de Compras locales: SI \_\_\_ NO \_\_\_
* Vende sus productos en Facturas membreteadas y diseñadas para tal fin: SI \_\_\_ NO \_\_\_
* Cuenta con Certificados de Inscripción Sanitaria y/o Reconocimiento Mutuo de los Productos Cosméticos: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

**IX.- OBSERVACIONES GENERALES:**

**X.- CONCLUSIÓN:**

**XI.- RECOMENDACIONES:**

Leída la presente Acta, el día \_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, firmamos

## Nombre y Firma del (de la) Nombre y Firma del

 Representante de la Distribuidora Supervisor e Inspector Farmacéutico

 Dirección de Farmacia

 CC: Archivo.