

INSTITUTO
DEPARTAMENTAL
DE SALUD
NORTE DE SANTANDER

SALUD PUBLICA

ACTA DE VERIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS A ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, SERVICIOS FARMACÉUTICOS U OTROS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

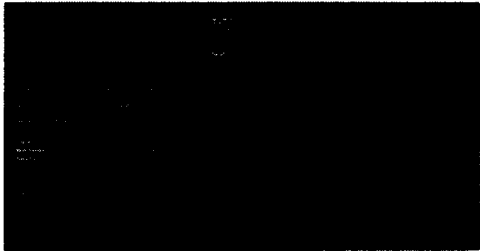
Código: F-SP-VC21-10


Fecha de Aprobación: 21/08/12

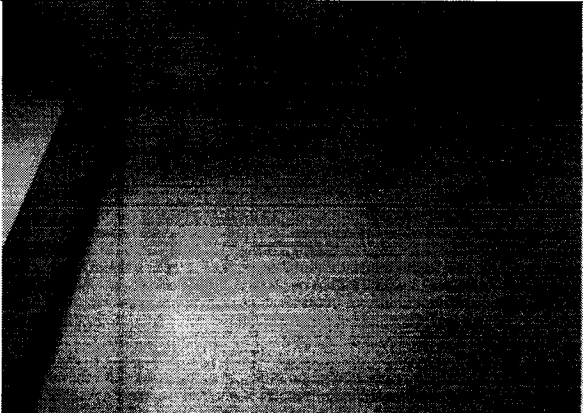
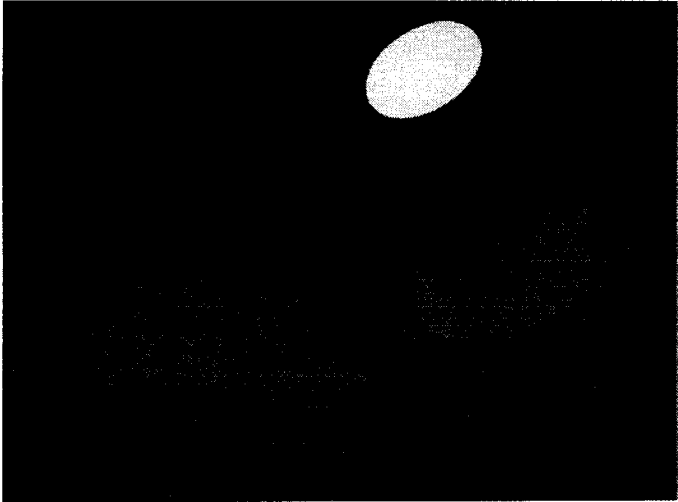
Versión: 01

Página 1 de 1

1099

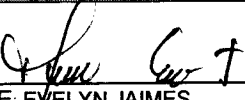
Acta No.	EJ-80405	Ciudad	CUCUTA	Fecha	8/04/ 2025
Hora:		Funcionario	María Evelyn Jaimes		
Cargo	Técnico Área de la Salud				
Nombre del Establecimiento	DEPOSITO DE DROGAS HOSPICLINIC DE COLOMBIA S.A.S				
Propietario y/o representante leg	HOSPICLINIC DE COLOMBIA S.A.S				
Cedula o Nit	900308444-1				
Dirección	CALLE 4 #11E-128 BARRIO CAOPOS			Teléfono	
Director técnico	INGRID KATHERINE GAMBOA M			C.C.	1090407571
Correo electrónico					
Nombre de la persona que atiende la visita					
Cedula de ciudadanía					
Cargo					
Fecha Última Visita	11/03/2025	Concepto	FAVORABLE-CONDICIONADO		
Numero de acta	EJ-1102	Funcionario	MARIA EVELYN JAIMES C		
ASPECTOS A VERIFICAR				CUMPLIÓ	NO CUMPLIÓ
ENVIA EVIDENCIA POR VIA CORREO ELECTRONICO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS DEJADOS EN ACTA ANTERIOR.1.17-2.6-2.8-3.2				SI	
<div></div> <div><div>01-04361</div><div>POLAINA CON ANTIDESLIZANTE</div><div>LOTE: CP122024</div><div>COLDISMED</div><div>CAJA X 20 BOLSAS X 50 PARES</div></div>					

	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC21-10
	ACTA DE VERIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS A ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, SERVICIOS FARMACÉUTICOS U OTROS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO	Fecha de Aprobación: 21/08/12
		Versión: 01
		Página 1 de 1

CONCEPTO:		
FAVORABLE	X	Cumple totalmente las condiciones técnico – sanitarias
FAVORABLE-CONDICIONADO		Cumple parcialmente con las condiciones técnico – sanitarias
DESFAVORABLE		No admite exigencias. Se procede a aplicar medida sanitaria de seguridad

No siendo más el objeto de la visita se da por terminada, para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios personas que intervinieron en la visita de hoy 8 del mes de ABRIL del año 2025 en el Municipio de CUCUTA De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal o quien atendió la visita.

FUNCIONARIOS QUE PRÁCTICA LA VERIFICACIÓN	REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO
FIRMA: 	FIRMA: _____
NOMBRE: EVELYN JAIMES	NOMBRE: _____
CC. 60254319	C.C. _____
CARGO: Técnico Área de la Salud-	CARGO: _____

correo:comunicabilidads@dev.co 07-04980 FAX: 035-1825210 EXT: 130