

Guía de llenado del formulario para plan remedial del establecimiento posterior a una fiscalización

Nombre del establecimiento: nombre registrado en el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica.

Permiso de operación: número que identifica el establecimiento otorgado por el Departamento de Fiscalía del Colegio de Farmacéuticos.

Página de: el número de página y el número de página totales.

Fecha: fecha en formato día, mes y año (dd/mm/AAAA) de la elaboración de la plantilla.

Acta N°: número que aparece en la boleta de fiscalización de la visita realizada.

Fecha de fiscalización: fecha en formato día, mes y año (dd/mm/AAAA) de la inspección.

Nombre del fiscal: nombre del fiscal adjunto que realizó la fiscalización.

Profesional presente en la fiscalización: nombre del profesional en farmacia que atendió la fiscalización.

Punto evaluado no conforme: dato completo del inciso evaluado que no cumple, en la herramienta se encuentra marcado con una "X".

Solución propuesta: labor a realizar para corregir la no conformidad.

Fecha límite de implementación: fecha límite en la que se corrige la no conformidad.

Responsable: nombre y apellidos de la persona encargada de corregir la no conformidad.

Nombre del regente: nombre y apellidos del profesional farmacéutico inscrito como regente del establecimiento.

Código: número que identifica el profesional otorgado por el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica.

Nombre del representante legal: nombre y apellidos del propietario del establecimiento, en el caso de que el establecimiento este a nombre de una sociedad, se coloca el nombre y apellidos del apoderado y en el caso de la CCSS la jefatura de farmacia.

Identificación: número de que identifica a la persona de forma oficial, puede ser la cédula de identidad, pasaporte o cédula de residencia para extranjeros.

Firma: representación gráfica del nombre de la persona.

Fecha: fecha en la que se escribe el nombre y firma del regente o del representante legal, en formato día, mes y año (dd/mm/AAAA).