

Fecha: día – mes – año

1. Datos del establecimiento a evaluar		Recibo No. XXXXXX	Solicitud No. XXXXXXXXXX		
Nombre de Establecimiento					
Propietario/Razón Social					
Ubicación completa (calle, municipio y provincia)					
Correo Electrónico					
Teléfono establecimiento					
2. Dimensiones interiores del local en metros					
Medida de Largo en metros:			*Completar solo si es plaza comercial:		
Medida de Ancho en metro:			Número de locales de la plaza:		
Cálculo de largo x Ancho = _____m <sup>2</sup>			Numero de parqueos totales:		
3. Distancia en METROS de las Farmacias más cercanas					
Farmacia	Dirección	Distancia Satelital (metros)	Recorrido en metros	Indique si está habilitada	Conforme
4. Comentarios: establecer si la DPS/DAS está de acuerdo con la colocación de la farmacia y el motivo					

Inspector

Inspector

Inspector

Firma y sello propietario/Razón Social

NOTA: ANEXAR IMÁGENES DEL LOCAL Y DEL ENTORN