ACTA No: AI-____/____-_____.

En la ciudad de _____ departamento de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____. Siendo las: _____ horas. Constituidos en el establecimiento denominado _____ propiedad de_____ubicado en _____ con número de teléfono: _____, correo: _____ a quien se le explicó el motivo de la visita, siendo: _____, la cual consiste en realizar la verificación del establecimiento así como también de productos que se encuentren en el mismo.

Datos del establecimiento:
Tipo de establecimiento: _____
Tipo de actividad del establecimiento: _____
Número de Licencia Sanitaria: _____ Vigencia: _____
Tipo de profesional responsable: _____ Observación: _____

PREGUNTAS	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
¿Cuenta con Licencia Sanitaria?			
¿Realizan control de plagas y cuenta con respaldo documentado?			
¿El profesional se encuentra presente durante la visita?			
¿El profesional cuenta con un documento que lo acredite?			
¿Cuentan con un inventario y trazabilidad de los productos?			
¿El establecimiento realiza venta de sustancias sujetas a Fiscalización?			
¿Cuentan con libro de Psicotrópicos cuadrado y al día?			
¿Cuentan con libro de estupefacientes cuadrado y al día?			
¿Cuentan con libro de sustancias agregadas por la ARSA cuadrado y al día?			
¿El área de medicamentos refrigerados se encuentran debidamente almacenados, rotulados, con su registro por escrito de control de temperatura y % de humedad relativa al día?			
¿Los medicamentos en área de estantería se encuentran debidamente almacenados, rotulados, con su registro por			

escrito de control de temperatura ambiental y % de humedad al día?			
¿Cuenta con un área específica para productos próximos a vencer o vencidos y está debidamente rotulada?			

¿Encontró productos sin Registro Sanitario?	**SI**	
	NO	
Nombre del producto	**Fecha de Vencimiento**	**Número de Lote**

¿Encontró productos no aptos para el consumo humano?	**SI**		
	NO		
Nombre del producto	**Fecha de Vencimiento**	**Número de Lote**	**Registro Sanitario**

¿Se realizaron algunas de las acciones preventivas/correctivas?	**SI**	**OBSERVACIONES**
Suspensión de Operaciones		
Cierre temporal		
Decomiso		
Retención		
Destrucción		

Medidas de Limpieza y Sanitización		
Toma de muestra		
Otros		
Ninguna		

Producto Decomisado			
Nombre del producto	**Fecha de Vencimiento**	**Número de Lote**	**Registro Sanitario**

Producto Retenido			
Nombre del producto	**Fecha de Vencimiento**	**Número de Lote**	**Registro Sanitario**

Producto Destruido			
Nombre del producto	**Fecha de Vencimiento**	**Número de Lote**	**Registro Sanitario**

¿Se realizó algún tipo de fomento sanitario?	**SI**	**OBSERVACIONES**
Trámites sanitarios		
Reglamento para el control sanitario de productos, servicios y establecimientos de interés sanitario		
Reglamento para el control sanitario de productos farmacéuticos y otros productos del ramo de interés sanitario		
Reglamento para el control sanitario de dispositivos médicos y otros dispositivos de interés sanitario		
Reglamento para el control sanitario de alimentos y bebidas		
Reglamento para la Vigilancia y Fiscalización Sanitaria		
RTCA		
Ley de Bebidas Energizantes		
Otros		
Ninguno		

Observaciones:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Recomendaciones:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Responsables		
Responsable o Encargado del Establecimiento:	**N° Id.**	**Firma**
Profesional Técnico ARSA:	**N° Id ARSA.**	**Firma**
Profesional Técnico ARSA:	**N° Id ARSA.**	**Firma**
Testigo 1:	**N° Id.**	**Firma**
Testigo 2:	**N° Id.**	**Firma**