

ACTA DE RECEPCIÓN DE PRODUCTOS DROGUERÍA

FECHA: _____ HORA: _____ PROVEEDOR: _____ FACTURA N°: _____ N°: _____

TRANSPORTE: _____ REALIZADA POR: _____ CARGO: _____

No.	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	LABORATORIO	NÚMERO DE LOTE	REGISTRO INVIMA	FECHA VENCIMIENTO	CANTIDAD RECIBIDA	CONDICIONES		
									ADM	ALM	TÉCN
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____