LOGO DE LA INSTITUCION

NOMBRE DE LA INSTITUCION

Datos de la institucion (Direccion, telefono, e-mail, nit, etc.)

INFORMACION calidad

FORMATO DE VERIFICACION ALERTAS SOBRE DISPOSITIVOS MEDICOS

1. FECHA DE VERIFICACION *dd/mm/aaaa*	2. NOMBRE DE LA PERSONA QUE VERIFICO	3. PRESENTA ALERTAS RECALL	4. NOMBRE DEL DISPOSITIVO MEDICO	5. REGISTRO SANITARIO / PERMISO DE COMERCIALIZACION	6. HIPERVINCULO	7. ACCIONES TOMADAS