

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD
PAGO VIGILANCIA SANITARIA

Nombre de la persona que realiza el pago: _____

Fecha de pago: _____

Nombre Genérico	Nombre Comercial	Fabricante	Droguería	País de origen	Cantidad Cancelada

Observaciones: _____

Revisado: _____