

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
DIRECCION DE FISCALIZACION, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

N° EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO DE COMUNICACIÓN CALIFICACIÓN DE SALDOS DESCARTABLES Y DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR COMO VEEDOR EN PROCEDIMIENTO DE DESTRUCCIÓN DE SUSTANCIAS Y/O MEDICAMENTOS QUE LAS CONTIENEN COMPRENDIDAS EN EL D.S. N° 023- 2001-SA, PARA ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS.

PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA					
DROGUERIA <input type="checkbox"/>		ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>			
2. NOMBRE O RAZON SOCIAL:				3. R.U.C. N°	
4. DOMICILIO LEGAL Av./ Calle / Jr.:					5. N°
6. URBANIZACIÓN:		7. DISTRITO:		8. PROVINCIA:	
9. DEPARTAMENTO:		10. TELEFONO:	11. FAX:		12. CORREO ELECTRÓNICO:
13. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:				14. TELEFONO:	
15. NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO:				17. N° C.Q.F.P.:	TELEFONO:

PARTE II. INFORMACION DE LA DESTRUCCION

1. FECHA DE LA DESTRUCCION:		2. HORA
3. LUGAR DE LA VERIFICACION:		
4. LUGAR DE LA DESTRUCCION:		

PARTE III. RELACION DE LOS INSUMOS Y/ O PRODUCTOS A CALIFICAR Y DESTRUIR

DESCRIPCION	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD	MOTIVO DE LA DESTRUCCION

PARTE IV. OBSERVACIONES

--

El contenido total de la información proporcionada por nuestra representada en la presente comunicación es cierta y veraz, lo demás se mantiene de acuerdo a lo autorizado.

Firma y sello del Director Técnico

Firma y sello del Propietario o Representante Legal y Sello del Establecimiento Farmacéutico