



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 A-10
Solicitud – Declaración Jurada

VERIFICACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO DE DESTRUCCIÓN DE ESTUPEFACIENTES, PSICOTROPICOS Y PRECURSORES DE DROGUERÍAS

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:				16. 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

--

Firma y sellos del Director Técnico

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