



GOBIERNO REGIONAL DE
LAMBAYEQUE

GERENCIA
REGIONAL
DE SALUD

DIRECCION EJECUTIVA
DE MEDICAMENTOS
DROGAS E INSUMOS
AFCVS

FOR-CCI-GER.LAMB-01
VERSION: 01

Nº DENUNCIA:	FORMATO DE DENUNCIA Nº	Nº DE EXP.								
NOMBRE DEL PRODUCTO/ ESTABLECIMIENTO:										
MOTIVO DE DENUNCIA:										
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 50%; vertical-align: top;">ESTABLECIMIENTO: () a) LABORATORIO () b) DROGUERÍA () c) FARMACIA/BOTICA () d) EST. NO AUTORIZADO () e) EST. INFORMAL () f) OTROS ()</td><td style="width: 50%; vertical-align: top;">PRODUCTO: () a) PRESUNTAMENTE Y/O () b) FALSIFICADO () c) VENCIDO () d) SIN REGISTRO SANITARIO () e) PROCEDENCIA DESCONOCIDA () f) MUESTRA MEDICA () g) PROD. INST. PUBLICAS () h) MAL ESTADO DE CONSERVACIÓN () i) ROTULADO, ADULTERADO () BORRADO j) OTROS ()</td></tr></table>			ESTABLECIMIENTO: () a) LABORATORIO () b) DROGUERÍA () c) FARMACIA/BOTICA () d) EST. NO AUTORIZADO () e) EST. INFORMAL () f) OTROS ()	PRODUCTO: () a) PRESUNTAMENTE Y/O () b) FALSIFICADO () c) VENCIDO () d) SIN REGISTRO SANITARIO () e) PROCEDENCIA DESCONOCIDA () f) MUESTRA MEDICA () g) PROD. INST. PUBLICAS () h) MAL ESTADO DE CONSERVACIÓN () i) ROTULADO, ADULTERADO () BORRADO j) OTROS ()						
ESTABLECIMIENTO: () a) LABORATORIO () b) DROGUERÍA () c) FARMACIA/BOTICA () d) EST. NO AUTORIZADO () e) EST. INFORMAL () f) OTROS ()	PRODUCTO: () a) PRESUNTAMENTE Y/O () b) FALSIFICADO () c) VENCIDO () d) SIN REGISTRO SANITARIO () e) PROCEDENCIA DESCONOCIDA () f) MUESTRA MEDICA () g) PROD. INST. PUBLICAS () h) MAL ESTADO DE CONSERVACIÓN () i) ROTULADO, ADULTERADO () BORRADO j) OTROS ()									
DETALLE:										
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DENUNCIADO: Dirección : Departamento: Provincia: Distrito: Referencia :										
DENUNCIANTE (*): Anónimo: () Nombre : DNI : E-mail: Teléfono : RUC : <i>(*) Autorizo para que mi identificación sea evidenciada en el desarrollo de la evaluación, de ser necesario.</i>										
EVALUACIÓN DE LA DENUNCIA: <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 30%;">PROCEDE:</td><td style="width: 20%; text-align: center;">MOTIVO (**)</td><td style="width: 50%;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;"> SI NO </td><td></td><td>.....</td></tr></table> ADJUNTA PRUEBAS: <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 60%; text-align: center;">NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE DEMID-GERESA QUE ATIENDE LA DENUNCIA</td><td style="width: 40%; text-align: center;">V.B. JEFE DE AFCVS DEMID-GERESA</td></tr></table> (**) Por lo expuesto, se deriva para archivo de la Dirección Ejecutiva. FECHA:			PROCEDE:	MOTIVO (**)		SI NO			NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE DEMID-GERESA QUE ATIENDE LA DENUNCIA	V.B. JEFE DE AFCVS DEMID-GERESA
PROCEDE:	MOTIVO (**)									
SI NO										
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE DEMID-GERESA QUE ATIENDE LA DENUNCIA	V.B. JEFE DE AFCVS DEMID-GERESA									

