



FORMATO D – 2

**DIRECCION EJECUTIVA
DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS
DIRECCION DE INSPECCION Y
CERTIFICACION**

**SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA PARA
CALIFICACION DE SALDOS DESCARTABLES Y
DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR COMO VEEDOR EN
PROCEDIMIENTO DE DESTRUCCION DE SUSTANCIAS Y/O
MEDICAMENTOS QUE LAS CONTIENEN COMPRENDIDOS EN EL
DECRETO SUPREMO N° 023-2001 SA, PARA BOTICAS, FARMACIAS,
SERVICIOS DE FARMACIA Y DROGUERIAS**

PRIMERA PARTE: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. CLASIFICACION DE LOS EE. FF:			
A.) OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA <input type="checkbox"/>		FARMACIA <input type="checkbox"/>	
B) DROGUERIA <input type="checkbox"/>		B) FARMACIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: <input type="checkbox"/>	
2. NOMBRE COMERCIAL:		3. R.U.C. N°	
4. RAZON SOCIAL (SOLO EMPRESAS):			
5. DIRECCIONL Av./ Calle / Jr.			
6. URBANIZACIÓN:		7. DISTRITO:	8. PROVINCIA:
9. DEPARTAMENTO:	10. TELEFONO EE. FF:	11. CORREO ELECTRÓNICO Q.F:	
12. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL y/o PROPIETARIO:			13. TELEFONO PROP/RL
14. NOMBRES Y APELLIDOS DEL Q.F DIRECTOR TECNICO:		15. CARGO:	16. N° C.Q.F.P
			17. TELEFONO Q.F:

SEGUNDA PARTE: INFORMACIÓN DE LA DESTRUCCIÓN

1.- FECHA DE LA DESTRUCCIÓN:	2.-HORA:
3.- LUGAR DE LA VERIFICACIÓN:	
4.-LUGAR DE LA DESTRUCCIÓN:	

TERCERA PARTE: RELACIÓN DE LOS INSUMOS Y/O PRODUCTOS A CALIFICAR Y DESTRUIR

DESCRIPCIÓN	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD	MOTIVO DE LA DESTRUCCIÓN

CUARTA PARTE: OBSERVACIONES

<p>..... FIRMA Q.F. DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DE DROGAS C.Q.F.P. N°</p>	<p>..... FIRMA Y SELLO PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL</p>
--	--