

**FORMATO DE COMUNICACIÓN CALIFICACIÓN DE SALDOS DESCARTABLES Y DESTRUCCIÓN DE SUSTANCIAS Y/O MEDICAMENTOS QUE LAS CONTIENEN COMPRENDIDOS EN EL DECRETO SUPREMO N° 023-2001-SA, PARA DROGUERÍAS, LABORATORIOS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS.**

Señor(a) Director Ejecutivo de la Dirección de Productos Farmacéuticos-DIGEMID

Por el presente documento comunicamos lo siguiente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA  LABORATORIO DROGUERIA ALMACÉN ESPECIALIZADO DE DISA,  DIRESA, GERESA | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 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. | | 17. TELEFONO |
| **PARTE II. INFORMACION DE LA DESTRUCCION** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. FECHA DE LA DESTRUCCION | | | | | | | 2. HORA | | | | | | |
| 3. LUGAR DE LA CALIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | |
| 4. LUGAR DE LA DESTRUCCION | | | | | | | | | | | | | |
| **PARTE III. RELACIÓN DE LAS SUSTANCIAS Y/O PRODUCTOS A CALIFICAR Y DESTRUIR** | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION | | LOTE | | REGISTRO SANITARIO | | FECHA DE VENCIMIENTO | | | | CANTIDAD | | MOTIVO DE LA DESTRUCCION | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |

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.

***...................................................................... ................................................................***

**Q.F. DIRECTOR TECNICO REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO FIRMA Y NOMBRE COMPLETO

N° DE COLEGIATURA SELLO DE LA EMPRESA