



Dirección de Redes Integradas de Salud  
Lima Este

DIRECCION DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

## FORMATO D - 1

**SOLICITUD – PARA DEVOLUCIÓN, ENTREGA DE SALDOS DESCARTABLES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS CON CONTENIDO DE ESTUPEFACIENTES Y/O PSICOTROPICOS SEGÚN DECRETO SUPREMO N° 023-2001 SA**

### PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. CLASIFICACION DE LOS EE.FF: A.) OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/> B) FARMACIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: <input type="checkbox"/>				
2. NOMBRE COMERCIAL:		3. R.U.C. N°		
4. RAZON SOCIAL:				
5. DIRECCION: 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/R.L	
14. NOMBRES Y APELLIDOS DEL Q.F DIRECTOR TECNICO:		15. CARGO: RESPONSABLE DE PRODUCTOS CONTROLADOS	16. N° C.Q.F.P	17. TELEFONO Q.F:

### PARTE II. RELACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS CON CONTENIDO DE ESTUPEFACIENTES Y/O PSICOTROPICOS A CALIFICAR COMO SALDO DESCARTADLE PARA SU CUSTODIA Y POSTERIOR DESTRUCCIÓN ( D.S 023-2001-S.A SEGÚN ART. 55)

DESCRIPCION COMPLETA – CONC. F.F	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD	MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN SALDO DESCARTABLE ESPECIFIQUE: VENCIDO, DETERIORADO

### PARTE III. OBSERVACIONES:

### PARTE IV.

Vº Bº AREA DE DROGAS – DMID DIRIS LIMA ESTE

.....  
FIRMA Q.F. DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DE DROGAS  
C.Q.F.P. N° .....

.....  
FIRMA Y SELLO PROPIETARIO O  
REPRESENTANTE LEGAL