



Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este

DIRECCION DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

FORMATO D-4

BALANCE DEL TRIMESTRE DE 20.....:

PSICOTRÓPICO

(LISTA III A, IIIB, IIIC)

Exp. N°:.....

DEL REGISTRO EL ESTABLECIMIENTO Y/O TRAMITE REGISTRADO

1. CLASE ()

01 =FARMACIA

02 =BOTICA.

03 = FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. NOMBRE COMERCIAL:

(Según (Ruc)

3. DISTRITO: 4. PROVINCIA: 5. TELEFONO:

6. DIRECCIÓN:.....

DEL PROPIETARIO ó REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)

7. NOMBRES Y APELLIDOS:

(Si es Persona Natural)

8. NOMBRE DE LA EMPRESA ó RAZON SOCIAL:

(Si es Persona Jurídica)

9. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

10.- ESPECIFICAR REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE N° :

11.- DOMICILIO FISCAL:.....

DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DE DROGAS:

12.- NOMBRES Y APELLIDOS: C.Q.F.P. :

13.-TELEFONO:

INFORME DE BALANCE CORRESPONDIENTE AL..... TRIMESTRE DEL 20.....

Producto Farmacéutico DCI – Nombre Comercial	Concentración	F.F	Saldo Anterior	Ingresos	Egresos		Saldo Actual	N° Lote	Fecha Vencimiento
					Venta	Otros			

Nota: En el rubro **Ventas** toda salida es con Receta Especial y en el rubro **Otros** consignar: **Cantidad** según Oficio autorización por saldos descartables o **Cantidad** según Documento de Canje.

PARA LOS INGRESOS:

N° Factura y/o guía de Remisión	Fecha	Cantidad	Nombre de Producto Farmacéutico, Conc. F.F

FIRMA Y SELLO Q.F. DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DE DROGAS
CQFP N°

FIRMA Y SELLO PROPIETARIO O
REPRESENTANTE LEGAL