



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

**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