## ANEXO IV

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME MENSUAL DE CONSUMIDOR**  |
| **Razón social y Nombre Comercial del establecimiento:** |
| **Dirección:** |
| **Licencia Sanitaria de Consumidor N.º:**  |
| **Mes de Reporte**: Elija un elemento. | **Fecha de Corte:** Seleccione fecha. |
| **Categoría de Licencia Sanitaria de Consumidor:** Elija un elemento. |
| **Rubro Comercial del establecimiento:** |
| **RESUMEN DE OPERACIONES DEL MES** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Producto y Sustancia Fiscalizada** | **Presentación** | **Distribuidor y Comercializador** | **Campo de aplicación** | **Existencia Anterior** | **Ingreso** | **Egreso** | **Saldo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:** |