## ANEXO VI

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME MENSUAL DE EXISTENCIAS DE CONTROLADOS** |
| **Razón social y Nombre Comercial del establecimiento:** | **Mes de Reporte:** Elija un elemento. |
| **Fecha de Corte del informe:** Seleccione fecha. |
| **Licencia Sanitaria de Funcionamiento N°:** | **Tipo de autorización:** Elija un elemento. |
| **Categoría de Licencia Sanitaria de Funcionamiento:** Elija un elemento. |
| **Dirección del establecimiento:** |
| **CONTROL DE EXISTENCIAS** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº de Registro Sanitario (C.A)** | **Nombre Comercial** | **Sustancia Fiscalizada** | **Presentación** | **Laboratorio Fabricante** | **País** | **Existencia Anterior** | **Ingreso** | **Egreso**  | **Existencia Actual** |
| **Importado** | **Devolución** | **Deterioro** | **Ventas** |
| **Origen** | **Despacho** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:** |