## 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:** | |