## ANEXO V

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME MENSUAL PARA LAS IMPORTACIONES 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:** |
| **RESUMEN DE IMPORTACIONES** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Sustancia o Producto** | **Nº de Factura de Importación** | **Nº de Permiso de Importación** | **Cantidad Ingresada** | **Aduana de Ingreso** | **Fecha de Ingreso en Aduana** | **Fecha de Ingreso en bodega** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:** |