



### Solicitud para trámite de disposición final de desechos farmacéuticos

Fundamento Legal:

- Decreto Ejecutivo No. 249 del 3 de junio de 2008, "Que dicta las normas sanitarias en materia de disposición final de los desechos farmacéuticos y químicos."
- Decreto Ejecutivo No. 178 del 12 de julio de 2001

<b>Establecimiento solicitante</b>			
Nombre:	N° de Licencia de Operación:		
Teléfono:	Sector:	Público ____	
Correo electrónico:		Privado ____	

<b>Documentación o información adjunta:</b>	<b>Sí / No</b>
<b>1. Desechos farmacéuticos a destruir.</b>	
Adjunto lista con la siguiente información (original y 3 juegos de copias)	Sí ____ No ____
Nombre de cada producto	Sí ____ No ____
Cantidades de cada producto	Sí ____ No ____
Motivo para la disposición final	Sí ____ No ____
Fecha de expiración	Sí ____ No ____
Precio unitario	Sí ____ No ____
Precio total	Sí ____ No ____
Peso total (Kg)	Sí ____ No ____
Incluye productos controlados o precursores:	Sí ____ No ____
Facturas (solo 2 juego de copias para Contabilidad)	Sí ____ No ____
Fichas técnicas de cada producto (solo un juego de copias)	Sí ____ No ____ Ya fueron entregadas ____
<b>2. Método de destrucción.</b>	
El método de destrucción es: _____, establecido o declarado por el fabricante de los productos	
<b>3. Empresa que realizará el proceso de disposición final.</b>	
La empresa que realizará el proceso de disposición final de los desechos farmacéuticos es: _____, que está autorizada por el MINSA (Sub-Dirección General de Salud Ambiental), de acuerdo a Resolución o permiso N° ____ del _____ y que está vigente hasta _____.	
<b>4. Recibo de pago N° _____</b>	Sí ____ No ____
<b>5. Solicitud de Exoneración del pago del 10%. (Cuando aplique)</b>	Sí ____ No ____
<b>DOCUMENTOS COMPLETOS</b>	Sí ____ No ____

#### Regente Farmacéutico(a):

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Idoneidad N°: \_\_\_\_\_

Elaborado por ABG: 10/07/2015