

**DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
DIRECCIÓN FINANCIERA**

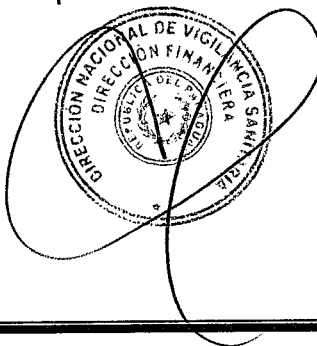
**MEMORANDUM D.F. N.º 146/2026**

**A:** **Abog. Inés Martínez**, Directora  
Dirección de Anticorrupción y Transparencia Administrativa

**De:** **C.P Víctor Giménez**, Director  
Dirección Financiera

**Referencia:** **Informe mes de agosto/2026**

**Fecha:** **09/09/2026**



Por medio del presente me dirijo a usted y por su intermedio a quien corresponda, a fin de remitir informe conforme a la Ley N° 5189/2014 y 5282/2025, correspondiente al mes de agosto/2026.

En este contexto, remito la Ejecución Presupuestaria, Estado de Resultado, Planilla de Viáticos Nacionales e Internacionales, Informe de actividades de los viajes realizados, Inventario de Bienes Patrimonial, correspondiente al mes de agosto del corriente año.

Atentamente

**Misión:** Regular, vigilar y fiscalizar productos de aplicación en medicina y otros asignados por ley, para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los mismos en beneficio de las personas, respondiendo a los desafíos de la innovación y promoviendo el desarrollo, a través de acciones coordinadas e integradas, sostenidas en normas técnicas.

**Visión:** Ser una institución reguladora y fiscalizadora de Referencia Nacional e Internacional reconocida por su capacidad técnica, credibilidad y compromiso con la protección de la salud de la población y el desarrollo nacional.

Iturbe N° 883 e/ Manuel Domínguez y Fulgencio R. Moreno

Asunción, Paraguay

65







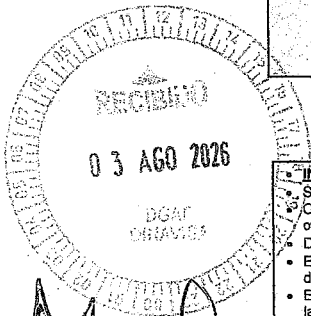


INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Reel 205

|                                                               |                                                                           |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 28/07/2026                                                                |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS V - CAAGUAZU                                                         |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 28/07/2026                                                                | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 28/07/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | CNEL OVIEDO - SANTA ROSA DEL MBUTUY-VAQUERIA-<br>CAAGUAZU / DPTO CAAGUAZU |                        |            |

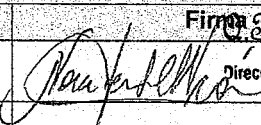
| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                               |       |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| FECHA:28/07/2026                                                                                        | Hora de salida:                                                                                               | 07:00 | Hospedaje: NO |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Cnel Oviedo – Insumeco Suc. 1                                       |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | • Inspeccion de Renovación de Apertura y Ampliación del Rubro de Comercializadora, Importadora, Distribuidora |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| FECHA:28/07/2026                                                                                        | Hospedaje:                                                                                                    | NO    |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Santa Rosa del Mbutuy – Dispensario María Auxiliadora               |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | • Inspeccion de Apertura de Dispensario                                                                       |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| FECHA:28/07/2026                                                                                        | Hospedaje:                                                                                                    | NO    |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Vaquería – Farmacia Todo Farma                                      |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | • Inspeccion de Renovación de Apertura de Farmacia                                                            |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| FECHA:28/07/2026                                                                                        | Hospedaje:                                                                                                    | NO    |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Caaguazú – Farmacia Cristo Rey                                      |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | • Inspeccion de Renovación de Apertura de Farmacia                                                            |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| FECHA: / /                                                                                              | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                     |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| Hora de llegada: 17:00 Hs                                                                               |                                                                                                               |       |               |



Lic. Mario Martínez Samaniego  
DINAVISIA

- INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISIA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS    |           |                                                                                     |
|------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s        | C.I. N°   | Firma                                                                               |
| Q.F.Nora Andrea Henkel Veron | 1.215.192 |  |
|                              |           |                                                                                     |
|                              |           |                                                                                     |
|                              |           |                                                                                     |
|                              |           |                                                                                     |
|                              |           |                                                                                     |
|                              |           |                                                                                     |
|                              |           |                                                                                     |
|                              |           |                                                                                     |
|                              |           |                                                                                     |
|                              |           |                                                                                     |

Q.F. Nora A. Henkel V.  
EVALUADORA TECNICA  
Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria  
DINAVISA

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

- INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Perel 206

|                                                               |                                                                                            |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 28/07/2026                                                                                 |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL VI CAAZAPA                                                    |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 28/07/2026                                                                                 | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 28/07/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | CORONEL OVIEDO - SANTA ROSA DEL MBUTUY – VAQUERIA<br>- CAAGUAZU / DEPARTAMENTO DE CAAGUAZU |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                               |       |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| FECHA:28/07/2026                                                                                        | Hora de salida:                                                                                               | 06:00 | Hospedaje: NO |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Coronel Oviedo – Insumeco Suc. 1                                    |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | • Inspeccion de Renovación de Apertura y Ampliación del Rubro de Comercializadora, Importadora, Distribuidora |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| FECHA:28/07/2026                                                                                        | Hospedaje:                                                                                                    | NO    |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Santa Rosa del Mbutuy – Dispensario María Auxiliadora               |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | • Inspeccion de Apertura de Dispensario                                                                       |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| FECHA:28/07/2026                                                                                        | Hospedaje:                                                                                                    | NO    |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Vaquería – Farmacia Todo Farma                                      |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | • Inspeccion de Renovación de Apertura de Farmacia                                                            |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| FECHA:28/07/2026                                                                                        | Hospedaje:                                                                                                    | NO    |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Caaguazú – Farmacia Cristo Rey                                      |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | • Inspeccion de Renovación de Apertura de Farmacia                                                            |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| FECHA: / /                                                                                              | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                     |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                        |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
|                                                                                                         | •                                                                                                             |       |               |
| Hora de llegada: 18:00 Hs                                                                               |                                                                                                               |       |               |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS     |           |                                                                                                               |
|-------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s         | C.I. N°   | Firma                                                                                                         |
| SILVIO MANUEL COLMAN TALAVERA | 4.142.022 | QF - S. Manuel Colman Talavera<br>EVALUADOR TECNICO<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA |
|                               |           |                                                                                                               |
|                               |           |                                                                                                               |
|                               |           |                                                                                                               |
|                               |           |                                                                                                               |
|                               |           |                                                                                                               |
|                               |           |                                                                                                               |
|                               |           |                                                                                                               |
|                               |           |                                                                                                               |
|                               |           |                                                                                                               |
|                               |           |                                                                                                               |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

• **INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

Resol 193

**Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria**

**MEMORANDO DRVS N° 215/2026**

**A:** Q.F. Sandra Bareiro, Vicedirectora  
Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

**DE:** MSc. Q.F. Cinthia Ojeda, Directora  
Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria

**REF:** CANCELACION DE VIAJE A CONCEPCION Y AMAMBAY

**FECHA:** 17 de agosto de 2026

MSC.Q.F. Cinthia Ojeda  
Directora  
Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria  
DINAVISA



Atentamente, me dirijo a usted a fin de informar y justificar la cancelación del viaje previsto para los días 12 al 14 de agosto a los Departamentos de Concepción y Amambay, por la QF Serafina Argüello y la Sra. Lidia Valiente, cuyo desplazamiento había sido programado con anterioridad.

La cancelación del viaje fue debido a la realización de la Auditoría para la Certificación ISO 9001, surgida a último momento y que requirió la presencia y participación de los funcionarios.

Asimismo, se deja constancia de que el viático asignado según Resolución DGAF N° 193/2026, correspondiente al viaje fue devuelto, conforme a los procedimientos administrativos establecidos para el efecto.

Sin otro particular, se remite la presente comunicación para conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente.

Adjunto documentos respaldatorios de transferencias:

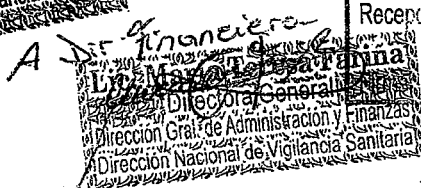
- QF Serafina Argüello: Boleta de depósito con Nro de Transacción 985813041
- Sra. Lidia Valiente: Transferencia Bancaria con Nro de Comprobante 182335

DINAVISA

A: DGAF



Lic. Mario Martínez Samaniego  
DINAVISA



|                                                            |             |
|------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>VICE DIRECCIÓN NACIONAL<br/>DINAVISA<br/>SECRETARÍA</b> |             |
| Fecha: 17/8/26                                             | Hora: 14:38 |
| Recepcionado por: Liz Mariela Amarilla                     |             |
| Dpto. de Gestión Documental                                |             |
| Secretaría General - DINAVISA                              |             |

**Misión:** Regular, vigilar y fiscalizar productos de aplicación en medicina y otros asignados por ley, para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los mismo en beneficio de las personas, respondiendo a los desafíos de la innovación y promoviendo el desarrollo, a través de acciones coordinadas e integradas, sostenidas en normas técnicas.  
**Visión:** Ser una institución reguladora y fiscalizadora de Referencia Nacional e Internacional reconocida por su capacidad técnica, credibilidad y compromiso con la protección de la salud de la población y el desarrollo nacional.



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Resol 194

|                                                              |                                                                                                                                                                                |                        |            |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                       | 04/08/2026 al 07/08/2026                                                                                                                                                       |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                 | Dirección General de Regulación de Alimentos y Productos Afines                                                                                                                |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                             | 04/08/2026                                                                                                                                                                     | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 07/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | <b>Cordillera</b> (San Bernardino, Caacupé); <b>Caaguazú</b> (Juan Manuel Frutos, Dr. Juan Eulogio Estigarribia); <b>Alto Paraná</b> (Ciudad del Este, Hernandarias, San Rita) |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: 04/08/2026                                                                                       | Hora de salida: 07:00      Hospedaje: Caaguazú                                                                       |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: San Bernardino, Caacupé, Juan Manuel Frutos, Dr. Juan Eulogio Estigarribia |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                               |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIA PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS</li></ul> |
| FECHA: 05/08/2026                                                                                       | Hospedaje: Alto Paraná                                                                                               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Ciudad del Este, San Rita                                                  |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                               |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIA PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS</li></ul> |
| FECHA: 06/08/2026                                                                                       | Hospedaje: Alto Paraná                                                                                               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Ciudad del Este, Hernandarias                                              |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                               |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIA PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS</li></ul> |
| FECHA: 07/08/2026                                                                                       | Hospedaje: N/A                                                                                                       |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Caacupé, San Bernardino                                                    |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                               |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIA PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS</li></ul> |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS       |           |       |
|---------------------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s           | C.J. N°   | Firma |
| Luciano Ramón Florenciáñez      | 1.102.153 |       |
| Marcelo Javier Rodríguez Duarte | 5.106.847 |       |

INSTRUCCIONES:

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El motor designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El motor designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Recordar que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

RECIBIDO  
DPTO. CONTABILIDAD  
12 AGO 2026

Mgt. M. J. R. Duarte  
Dirección



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Resol 195

|                                                               |                                                                                                         |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 19/08/2026                                                                                              |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DGRAPA                                                                                                  |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 12/08/2026                                                                                              | FECHA DE FINALIZACION: | 14/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | San Pedro (Santa Rosa del Aguaray) –Pedro Juan Caballero<br>(Pedro Juan Caballero)- Concepción(Yby Yau) |                        |            |

| DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                             |                                                                        |          |                    |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio)              |                                                                        |          |                    |
| FECHA: 12/08/2026                                                      | Hora de salida:                                                        | 07:00 hs | Hospedaje: Amambay |
|                                                                        | Lugar de comisionamiento /establecimiento: Pedro Juan Caballero        |          |                    |
|                                                                        | Descripción de actividades realizadas:                                 |          |                    |
|                                                                        | • Inspección Higiénico Sanitaria para habilitación de establecimiento. |          |                    |
| FECHA: 23/07/2026                                                      | ---                                                                    |          |                    |
|                                                                        | ---                                                                    |          |                    |
|                                                                        | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero         |          |                    |
|                                                                        | Descripción de actividades realizadas: :                               |          |                    |
| • Inspección Higiénico Sanitaria para habilitación de establecimiento. |                                                                        |          |                    |
| • ---                                                                  |                                                                        |          |                    |
| • ---                                                                  |                                                                        |          |                    |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |       |
|---------------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma |
| Jessica Bogarín           | 4.483.709 |       |
| Nilda Díaz                | 694.411   |       |
| -----                     | -----     | ----- |
|                           |           |       |
|                           |           |       |
|                           |           |       |

| CHOFER DESIGNADO      |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
| Natalicio González    | 1.426.775 |       |
|                       |           |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Resol. 196

|                                                               |                                                                 |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 10/08/2026                                                      |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE ALIMENTOS Y PRODUCTOS AFINES |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 05/08/2026                                                      | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 07/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Capitán Miranda - Departamento de Itapúa.                       |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                                                                                                                                                                |       |                   |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                                                                                                                                |       |                   |
| FECHA: 06/08/2026                                         | Hora de salida:                                                                                                                                                                                                                | 07:00 | Hospedaje: Itapúa |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Sede del Instituto Nacional de Tecnología, Normalización y Metrología (INTN)                                                                                                         |       |                   |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas: Reunión ordinaria del Comité Técnico de Normalización CTN 35 Yerba                                                                                                                      |       |                   |
|                                                           | Se concluyó el PNP 35 013 26 - Análisis Microbiológico - Hongos y Levaduras, el mismo será puesto a consulta pública.                                                                                                          |       |                   |
|                                                           | Se avanzó con la PNP 35 014 26 - Buenas Prácticas de Manufactura, siendo tratado al punto referido - Requisitos para la documentación y el registro de actividades - continua en agenda para su estudio en la próxima reunión. |       |                   |
| FECHA: 07/08/2026                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Sede del Instituto Nacional de Tecnología, Normalización y Metrología (INTN)                                                                                                         |       |                   |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas: Reunión ordinaria de Comisión Mixta Multidisciplinaria de Yerba Mate (CMMYM)                                                                                                            |       |                   |
|                                                           | Se concluyó con los temas de la agenda.                                                                                                                                                                                        |       |                   |
|                                                           | Hora de llegada: 20:00 hs                                                                                                                                                                                                      |       |                   |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |       |
|---------------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma |
| Lic. Zuny Zarza           | 1.199.024 |       |
| Lic. Marizela López       | 2.470.762 |       |

| CHOFER DESIGNADO      |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
| Miguel Coronel        | 1.699.897 |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

10 AGO 2026

Mgta. Gabriela Acosta C.  
Dirección Financiera - DGAF  
DINAVISA

- INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



Dirección Nacional de  
**VIGILANCIA  
SANITARIA**



**GOBIERNO DEL  
PARAGUAY | PARAGUÁI  
REKUÁI**

Resol 202

|                                                               |                                         |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 10/08/2026                              |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección General de Control de Calidad |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 05/08/2026                              | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 07/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Capitán Miranda, Itapúa                 |                        |            |

### INFORME DE VIAJE- INTERIOR

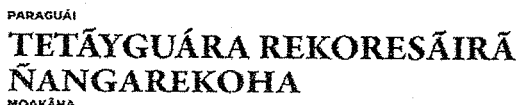
| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                     |           |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|
| FECHA: 05/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                                                     | 07:00 hrs | Hospedaje: Itapúa |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Capitán Miranda/Sede INTN |           |                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                              |           |                   |
|                                                                                                         | Traslado                                                            |           |                   |
| FECHA: 06/08/2026                                                                                       | Hospedaje: Itapúa                                                   |           |                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Capitán Miranda/Sede INTN |           |                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                              |           |                   |
|                                                                                                         | Reunión Comité Técnico de Normalización CTN 35 Yerba                |           |                   |
| FECHA: 07/08/2026                                                                                       | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Capitán Miranda/Sede INTN |           |                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                              |           |                   |
|                                                                                                         | Reunión Comisión Mixta Multidisciplinaria Yerba Mate                |           |                   |
|                                                                                                         | Hora de llegada: 20:00 hrs                                          |           |                   |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |         |       |
|---------------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N° | Firma |
| Carlos Ayala              | 3183714 |       |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
| Miguel Coronel        | 1699897 |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

- INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



Señor

Msc. Q.F. Jorge Iliou Silvero

Director Nacional Interino – DINAVisa

Presente

**Informe de Actividades – “Reunión de GRUPO DE EXPERTOS SOBRE SUSTANCIAS QUÍMICAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS de la CICAD/OEA”**

El presente informe tiene por finalidad detallar las actividades desarrolladas durante el viaje institucional realizado en la ciudad de San Salvador, El Salvador, entre los días 25 al 27 de agosto de 2026.

**Objetivo**

La participación tuvo como objetivo principal analizar las tendencias regionales emergentes relacionadas con el control de sustancias químicas y productos farmacéuticos, intercambiar experiencias y buenas prácticas entre las autoridades competentes de los Estados miembros, fortalecer la cooperación regional y contribuir a la revisión y actualización del Reglamento Modelo de la CICAD para el Control de Sustancias Químicas, abordando desafíos regulatorios y operativos vinculados al desvío de sustancias químicas utilizadas en la fabricación ilícita de drogas.

**Desarrollo de las actividades**

Durante el transcurso del viaje se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- **Día 0 (24/08/2026):** Viaje de partida y llegada a San Salvador, El Salvador.
- **Día 1 (25/08/2026):**
  - Participación en la ceremonia de apertura y presentación de los antecedentes y objetivos de la reunión.
  - Participación en la presentación sobre el ciclo de control de precursores químicos en El Salvador: inscripción, importación y controles posteriores.
  - Participación al panel sobre desafíos y buenas prácticas en el control de precursores químicos, materiales y equipos.
  - Participación en las sesiones de trabajo para la actualización del Reglamento Modelo, abordando el propósito y ámbito de aplicación, definiciones, mezclas, equipos y medidas de control relacionadas con autorizaciones, registros e inspecciones.
- **Día 2 (26/08/2026):**
  - Participación al panel sobre tendencias en la fabricación ilícita de drogas y el tráfico de precursores químicos.
  - Participación al panel sobre tendencias en drogas sintéticas y nuevas sustancias psicoactivas (NSP).
  - Continuación de las sesiones de trabajo para la actualización del Reglamento Modelo, abordando requisitos de importación, exportación, tránsito y transbordo; pre notificación; informes de movimientos irregulares;



delitos; y manejo seguro y disposición final de sustancias químicas incautadas o decomisadas.

- Análisis de aspectos relacionados con la cooperación con los operadores y el sector privado, formulación de recomendaciones y próximos pasos.
- **Día 3 (08/08/2025):**
  - Visita técnica a la Planta Química de Sherwin Williams.
  - Clausura oficial de la reunión.
- **Día 4 (28/08/2026 – 29/08/206):** Viaje de retorno y llegada a Asunción, Paraguay.

MSc. *Andrea Choe*  
Responsable-  
Dirección de Estupefacientes  
Psicotrópicos, Precursores y  
Productos Químicos  
DINAVISA



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

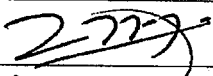
Resol 204

|                                                               |                                      |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 12/08/2026                           |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección General de Asuntos Legales |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 04/08/2026                           | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 07/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Amambay / Pedro Juan Caballero       |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                              |       |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------|
| FECHA: 04/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                                                                              | 07:00 | Hospedaje: Hotel San Luis |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero                               |       |                           |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                       |       |                           |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones por Sumario Administrativos                            |       |                           |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones por Sumario Administrativo                             |       |                           |
| FECHA: 05/08/2026                                                                                       | Hospedaje: Hotel San Luis                                                                    |       |                           |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero                               |       |                           |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                       |       |                           |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones de Sumarios Administrativo y Cierre de Establecimiento |       |                           |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificación por Sumario Administrativo y Cierre de Establecimiento   |       |                           |
| FECHA: 06/08/2026                                                                                       | Hospedaje: Hotel San Luis                                                                    |       |                           |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero                               |       |                           |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                       |       |                           |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones de sumarios administrativo y Cierre de Establecimiento |       |                           |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones de sumarios administrativo y Cierre de Establecimiento |       |                           |
| FECHA: 07/08/2026                                                                                       | Hospedaje: Hotel San Luis                                                                    |       |                           |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero                               |       |                           |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                       |       |                           |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificación de Sumario Administrativo y Cierre de Establecimiento    |       |                           |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificación de Sumario Administrativo y Cierre de Establecimiento    |       |                           |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificación de Sumario Administrativo y Cierre de Establecimiento    |       |                           |
|                                                                                                         | •                                                                                            |       |                           |
| Hora de llegada: 19:00                                                                                  |                                                                                              |       |                           |

**INSTRUCCIONES:**  
Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.  
Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.  
• Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.  
• El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.  
• El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.  
• Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |                                                                                     |
|---------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma                                                                               |
| Ruben Melgarejo           | 3.672.243 |  |
| Edith Lopez               | 346.187   |  |
|                           |           |                                                                                     |

| CHOFER DESIGNADO      |           |                                                                                     |
|-----------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma                                                                               |
| Jorge Lopez           | 3.482.192 |  |
|                       |           |                                                                                     |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

• **INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



DIRECCION NACIONAL DE  
**VIGILANCIA  
SANITARIA**  
PARAGUAY

PARAGUAI

**TETÁYGUÁRA REKORESÁIRÁ  
ÑANGAREKOHA**  
MOAKÁHA

Resol 208

## Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria

MEMORANDO DRVS N° 242/2026

**A:** Q.F. Sandra Bareiro, Vicedirectora Nacional  
Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

**DE:** Msc. Q.F. Cinthia Ojeda, Directora  
Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria

**REF:** INFORME CANCELACIÓN DE SOLICITUDES DE VIAJES

**FECHA:** 26 de agosto de 2026

*Cinthia Ojeda*  
Q.F. Cinthia Ojeda  
Directora  
Regional de Vigilancia Sanitaria  
DINAVISA



Atentamente, me dirijo a usted a fin de comunicar por su intermedio a la Dirección General de Administración y Finanzas, que por motivos de agenda se cancelaron dos viajes cuyas solicitudes para pago de viáticos han sido solicitadas. Esas solicitudes fueron para:

- QF Leticia Casco - 5 de agosto de 2026 a Santa Rosa del Aguaray Dpto. de San Pedro.
- QF Silvio Manuel colman – 25 de agosto a ciudades varias del Dpto. de Caaguazu.

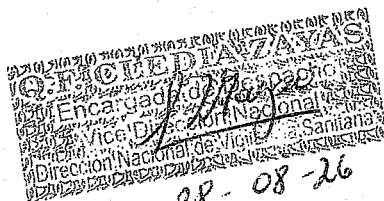
La cancelación obedeció a la necesidad de reprogramar dichas actividades, conforme a compromisos surgidos posteriormente.

En tal sentido, se solicita dejar sin efecto las gestiones administrativas realizadas para los mismos, incluyendo las solicitudes de viáticos y demás trámites relacionados.

Sin otro particular, saludo atentamente.

DINAVISA

U<sup>o</sup> B<sup>o</sup>

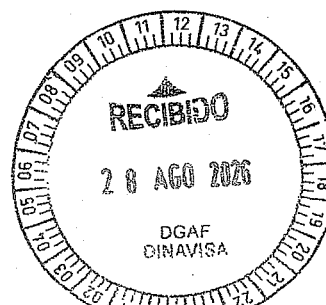


28-08-26

A DGAF

A Dir. Financiera

*[Signature]*



*[Signature]*

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

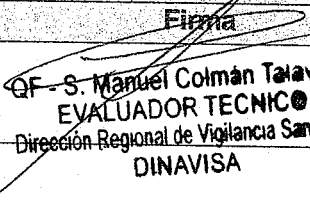
Perd. 200

|                                                               |                                         |                        |          |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|----------|
| FECHA:                                                        | 05/08/2026                              |                        |          |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL VI CAAZAPA |                        |          |
| FECHA DE INICIO:                                              | 04/08/26                                | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 04/08/26 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | VILLARRICA - GUAIRA                     |                        |          |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|----|
| FECHA: 04/08/26                                                                                         | Hora de salida:                                                                                                                                                   | 06:00 | Hospedaje: | NO |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Farmacia Punto Farma 39 – Distribuidora Mas Medic – Farmacia Americana – Farmacia Punto Farma 386 (Villarrica – Guaira) |       |            |    |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                            |       |            |    |
|                                                                                                         | Actividades de Inspección a Establecimientos                                                                                                                      |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
| FECHA: 23/07/26                                                                                         | Hospedaje: No                                                                                                                                                     |       |            |    |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                                         |       |            |    |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                            |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
| FECHA: _/_/_                                                                                            | Hospedaje:                                                                                                                                                        |       |            |    |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                                         |       |            |    |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                            |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
| FECHA: _/_/_                                                                                            | Hospedaje:                                                                                                                                                        |       |            |    |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                                         |       |            |    |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                            |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
| FECHA: _/_/_                                                                                            | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                                         |       |            |    |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                            |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |       |            |    |
| Hora de llegada: 17:00 Hs.                                                                              |                                                                                                                                                                   |       |            |    |

Mgtr. Margarita Acosta C.  
Dirección Financiera - DGAF  
DINAVISA



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma                                                                                                                                                                                                 |
| Q.F - S. MANUEL COLMAN    | 4.142.022 | <br>Q.F - S. Manuel Colmán Talavera<br>EVALUADOR TECNICO<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA |
|                           |           |                                                                                                                                                                                                       |
|                           |           |                                                                                                                                                                                                       |
|                           |           |                                                                                                                                                                                                       |
|                           |           |                                                                                                                                                                                                       |
|                           |           |                                                                                                                                                                                                       |
|                           |           |                                                                                                                                                                                                       |
|                           |           |                                                                                                                                                                                                       |
|                           |           |                                                                                                                                                                                                       |
|                           |           |                                                                                                                                                                                                       |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |





**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

Res 210

|                                                               |                                                      |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 21/08/2026                                           |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección General de Control de Calidad              |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 04/08/2026                                           | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 07/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | San Bernardino, Caacupé, Santa Rita, Ciudad del Este |                        |            |

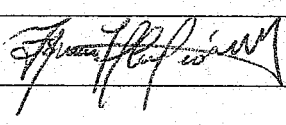
| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                                                                                                 |       |                              |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                                                                 |       |                              |
| FECHA: 04 / 08 / 26                                       | Hora de salida:                                                                                                                                                 | 07:00 | Hospedaje: Hotel Sasha Kiara |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: San Bernardino                                                                                                        |       |                              |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                          |       |                              |
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>1 toma de Muestra de medicamentos para Control de Mercado en la ciudad de San Bernardino</li></ul>                        |       |                              |
| FECHA: 05/08/26                                           | Hospedaje: Hotel del ESTE                                                                                                                                       |       |                              |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                                       |       |                              |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                          |       |                              |
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>5 toma de Muestra de medicamentos para Control de Mercado en la ciudad de Santa Rita en 4 establecimientos.</li></ul>     |       |                              |
| FECHA: 06/ 08 /26                                         | Hospedaje: Hotel del ESTE                                                                                                                                       |       |                              |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                                       |       |                              |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                          |       |                              |
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>5 toma de Muestra de medicamentos para Control de Mercado en la ciudad de CIUDAD DEL ESTE en 4 establecimientos</li></ul> |       |                              |
| FECHA: 07 /08 / 26                                        | Hopedaje:                                                                                                                                                       |       |                              |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                                       |       |                              |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                          |       |                              |
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>2Toma de Muestra de medicamentos para Control de Mercado en la ciudad de Caacupé en 1 establecimiento</li></ul>           |       |                              |
|                                                           | Hora de llegada: 19:00 Horas                                                                                                                                    |       |                              |



Dirección Nacional de  
**VIGILANCIA  
SANITARIA**



**GOBIERNO DEL  
PARAGUAY | PARAGUÁI  
REKUAI**

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS        |         |                                                                                     |
|----------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s            | C.I. N° | Firma                                                                               |
| Diego Alejandro Morínigo         | 4206881 |                                                                                     |
| Esperanza Albina Chavez Ferreira | 2349000 |  |
|                                  |         |                                                                                     |
|                                  |         |                                                                                     |
|                                  |         |                                                                                     |
|                                  |         |                                                                                     |
|                                  |         |                                                                                     |
|                                  |         |                                                                                     |
|                                  |         |                                                                                     |
|                                  |         |                                                                                     |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Res 212.

|                                                               |                                        |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 11/08/2026                             |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL CANINDEYÚ |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 05/08/2026                             | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 06/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | CIUDAD DEL ESTE- ALTO PARANÁ           |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                             |       |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| FECHA: 05/08/26                                                                                         | Hora de salida:                                                                             | 06:00 | Hospedaje: SI |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DEPARTAMENTO REGIONAL X ALTO PARANÁ               |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                      |       |               |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Sara Farma                               |       |               |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Farma Uno                                |       |               |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Farmatitu Sucursal Ciudad del Este 1     |       |               |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Masterpharma de la Red Maxifarma Suc N°1 |       |               |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Columbia Suc. N° II                      |       |               |
| FECHA: 06/08/26                                                                                         | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Farma Salud                              |       |               |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Distrifarma Andrea                       |       |               |
| FECHA: 06/08/26                                                                                         | Hospedaje: NO                                                                               |       |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento / establecimiento: DEPARTAMENTO REGIONAL X ALTO PARANÁ             |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                      |       |               |
| • Inspección a establecimiento de Importadora y Distribuidora Vitalmed SA Importadora y Distribuidora   |                                                                                             |       |               |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



|  |                                                                                                          |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | • Inspección a establecimiento de Importadora y Distribuidora Pharmalabs                                 |
|  | • Inspección a establecimiento de Importadora y Distribuidora Potable SA                                 |
|  | • Inspección a establecimiento de Importadora y Distribuidora Le Beirut Fragrance Sociedad Anónima       |
|  | • Inspección a establecimiento de Importadora y Distribuidora Studio Beauty SRL                          |
|  | • Inspección a establecimiento de Importadora y Distribuidora Elastomeros de Paraguay E.A.S. Unipersonal |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS                 |           |                                                                                                  |
|-------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s                     | C.I. N°   | Firma                                                                                            |
| I.Q. ADRIANA JAZMIN CABALLERO<br>ESPINOLA | 4.699.356 | Ing. Adriana J. Caballero<br>Evaluadora Técnica<br>Dirección de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA |
|                                           |           |                                                                                                  |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

• **INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Resol 213

|                                                               |                             |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 10/08/2026                  |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DGRAPA                      |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 08/08/2026                  | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 09/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Santa María de Fe. Misiones |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                                              |       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------|
| FECHA:08/08/2026                                                                                        | Hora de salida:                                                                                                                              | 08:00 | Hospedaje: Hotel 1609 San Ignacio |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Santa María de Fe , Plaza pública                                                                  |       |                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                       |       |                                   |
|                                                                                                         | • Participación en entrega de certificados de curso de manipulación de alimentos realizada por DINAVISA, en compañía de autoridades locales. |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
| FECHA:09/08/2026                                                                                        | Hospedaje: Traslado hasta Asunción                                                                                                           |       |                                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                    |       |                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                       |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
| FECHA: / /                                                                                              | Hospedaje:                                                                                                                                   |       |                                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                    |       |                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                       |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
| FECHA: / /                                                                                              | Hospedaje:                                                                                                                                   |       |                                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                    |       |                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                       |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
| FECHA: / /                                                                                              | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                    |       |                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                       |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
| FECHA: / /                                                                                              | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                                    |       |                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                       |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
|                                                                                                         | •                                                                                                                                            |       |                                   |
| Hora de llegada:                                                                                        |                                                                                                                                              |       |                                   |

• INSTRUCCIONES:

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS      |         |                                                                                     |
|--------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s          | C.I. N° | Firma                                                                               |
| Cynthia Rossana Guerrero López | 3200447 |  |
|                                |         |                                                                                     |
|                                |         |                                                                                     |
|                                |         |                                                                                     |
|                                |         |                                                                                     |
|                                |         |                                                                                     |
|                                |         |                                                                                     |
|                                |         |                                                                                     |
|                                |         |                                                                                     |
|                                |         |                                                                                     |
|                                |         |                                                                                     |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

• **INSTRUCCIONES:**

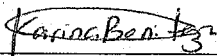
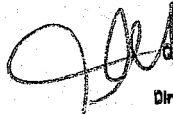
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Resol 214

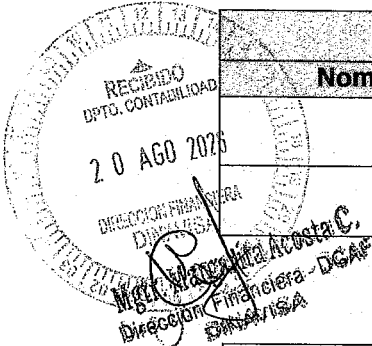
|                                                               |                                     |                        |          |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|----------|
| FECHA:                                                        | 17/08/2026                          |                        |          |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL ITAPÚA |                        |          |
| FECHA DE INICIO:                                              | 14/08/26                            | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 14/08/26 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | SAN RAFAEL DEL PARANÁ - ITAPÚA      |                        |          |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                               |       |               |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                               |       |               |
| FECHA: 20/05/26                                           | Hora de salida:                                                               | 07:00 | Hospedaje: NO |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL ITAPÚA |       |               |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                        |       |               |
|                                                           | • INSPECCION DE FARMACIA EXTERNA PARA APERTURA                                |       |               |
|                                                           | Hora de llegada: 15:00                                                        |       |               |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |         |                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N° | Firma                                                                                                                                                                                                     |
| QF. Karina Benitez        | 5738441 | <br>Q.F. Karina Belén Benítez<br>EVALUADORA TÉCNICA<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVIS         |
| QF. Patricia Villalba     | 4119543 | <br>Q.F. Delia Patricia Villalba Cuba<br>EVALUADORA TÉCNICA<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVIS |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |



- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVIS hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



Res 215

|                                                               |                                         |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 13/08/2026                              |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DIRECCIÓN DE POSTCOMERCIALIZACIÓN - DGV |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 07/08/2026                              | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 08/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Pedro Juan Caballero - Amambay          |                        |            |

**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: 07/08/2026                                                                                       | Hora de Salida: 07:00h                                                                                                       |
|                                                                                                         | Hospedaje: Hotel y Restaurant Las Marias - Pedro Juan Caballero                                                              |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                       |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• TRASLADO DE LA COMITIVA</li><li>• INSPECCIÓN POR CONTROL DE MERCADO/RUTINA</li></ul> |
| FECHA: 08/08/2026                                                                                       | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero / Amambay                                                     |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                       |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• RETORNO DE LA COMITIVA.</li></ul>                                                    |
|                                                                                                         | Hora de llegada: 19:00h                                                                                                      |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |       |
|---------------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma |
| Andrea Osorio             | 2.239.313 |       |
| Irene Cuevas              | 4.823.181 |       |
| Araceli Alegre            | 5.356.716 |       |
| Myriam Osorio             | 729.535   |       |
| Ninfa Ayala               | 3.421.588 |       |

| CHOFER DESIGNADO      |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
| Natalicio González    | 1.426.775 |       |

| CUSTODIO DESIGNADO       |           |       |
|--------------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s    | C.I. N°   | Firma |
| Sub. Ofic. Faustino Lara | 6.067.454 |       |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable sólo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Resol 215-A

|                                                               |                                        |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 11/08/2026                             |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL CANINDEYÚ |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 10/08/2026                             | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 10/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | CIUDAD DEL ESTE- ALTO PARANÁ           |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                                       |       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|
| FECHA: 10/08/26                                                                                         | Hora de salida:                                                                                                                       | 06:00 | Hospedaje: |
|                                                                                                         | NO                                                                                                                                    |       |            |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DEPARTAMENTO REGIONAL X ALTO PARANÁ                                                         |       |            |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                |       |            |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Importadora, Exportadora y Laboratorio de Producción Business Entrepreneur Special Tobacco INC. S.A |       |            |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Importadora, Exportadora y Laboratorio de Producción Flavor and Fragances of America S.A            |       |            |
| FECHA: 10/08/26                                                                                         | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Punto Farma 826.                                                                   |       |            |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Importadora, Exportadora y Representante de Dispositivos Medicos MAR S.R.L                          |       |            |

- INSTRUCCIONES:
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS                 |           |                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s                     | C.I. N°   | Firma                                                                                                                                                               |
| I.Q. ADRIANA JAZMIN CABALLERO<br>ESPINOLA | 4.699.356 | ADRIANA JAZMIN<br>CABALLERO<br>ESPINOLA<br><small>Firmado digitalmente por<br/>ADRIANA JAZMIN CABALLERO<br/>ESPINOLA<br/>Fecha: 2026.09.07 15:44:54 -03'00'</small> |
|                                           |           |                                                                                                                                                                     |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

• **INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

Re 215-B

|                                                               |                                                                        |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 17/08/2026                                                             |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS – DEPARTAMENTO REGIONAL ALTO PARANÁ                               |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 12/08/2026                                                             | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 13/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Curuguaty, Corpus Cristi, Salto del Guairá – Departamento de Canindeyú |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                             |          |            |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|----|
| FECHA: 12 / 08 / 2026                                                                                   | Hora de salida:                                                                                             | 06:00 Hs | Hospedaje: | Si |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Curuguaty, Departamento Regional Canindeyú                        |          |            |    |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                      |          |            |    |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Farmacia Amaia Suc. V                                                     |          |            |    |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Farmacia Amaia Suc VI                                                     |          |            |    |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Farmacia Next Suc. Saltos                                                 |          |            |    |
| FECHA: 13 / 08 / 2026                                                                                   | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Corpus Cristi, Salto del Guairá – Departamento Regional Canindeyú |          |            |    |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                      |          |            |    |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Farmacia M y I Farma                                                      |          |            |    |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Farmacia Alpha Farma                                                      |          |            |    |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Distribuidora Queen Anne SA                                               |          |            |    |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimiento de Farmacia Bras Farma (sucursal 1)                                          |          |            |    |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS           |           |                                                                                                                    |
|-------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s               | C.I. N°   | Firma                                                                                                              |
| Qf. Sonia Maria Maddali Franco Meza | 3.234.338 | <br><b>Q.F. Sonia M. Franco M.</b><br>EVALUADORA TECNICA<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

216

|                                                               |                                         |                        |              |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|--------------|
| FECHA:                                                        | 14/08/2026                              |                        |              |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL VI CAAZAPA |                        |              |
| FECHA DE INICIO:                                              | 12 / 08 / 26                            | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 12 / 08 / 26 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | YAGUARON – DPTO. DE PARAGUARI           |                        |              |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: 12/08/26                                                                                         | Hora de salida: 06:00      Hospedaje: NO                                       |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: YAGUARON / FARMACIA SAN BUENAVENTURA |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                         |
|                                                                                                         | • Inspección de Apertura de Farmacia Externa                                   |
| FECHA: _/_/_                                                                                            | Hospedaje: No                                                                  |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                      |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                         |
|                                                                                                         |                                                                                |
| FECHA: _/_/_                                                                                            | Hospedaje:                                                                     |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                      |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                         |
|                                                                                                         |                                                                                |
| FECHA: _/_/_                                                                                            | Hospedaje:                                                                     |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                      |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                         |
|                                                                                                         |                                                                                |
| FECHA: _/_/_                                                                                            | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                      |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                         |
|                                                                                                         |                                                                                |
|                                                                                                         |                                                                                |
| Hora de llegada: 16:00 Hs.                                                                              |                                                                                |

RECIBIDO  
DPTO. CONTABILIDAD  
27 AGO 2026  
DIRECCION FINANCIERA  
DINAVISIA

Mgr. Margarita Acosta  
Dirección Financiera  
DINAVISIA

**INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la signa P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Describir las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISIA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

cse / K

Resol 217

|                                                               |                                                     |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 13-08-2026                                          |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS – V DEPARTAMENTO - CAAGUAZU                    |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 13-08-2026                                          | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 13-08-2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | REPATRIACION-J.E.ESTIGARRIBIA- JOSE DOMINGO OCAMPOS |                        |            |

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: 13-08-2026                                                                                       | Hora de salida: 09:00 Hospedaje: NO                                                                          |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: REPATRIACION – FARMACIA EMILY                                      |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas: INSPECCION DE HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS                        |
|                                                                                                         |                                                                                                              |
| FECHA: 13-08-2026                                                                                       | Hospedaje:NO                                                                                                 |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DR. J.E. ESTIGARRIBIA – FARMACIA FRIESEN FARMA - SHOP              |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas: INSPECCION DE HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS                        |
|                                                                                                         |                                                                                                              |
| FECHA: 13-08-2026                                                                                       | Hospedaje:NO                                                                                                 |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DR. J.E. ESTIGARRIBIA – FARMACIA CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO JESUS |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas: INSPECCION DE RENOVACION DE APERTURA                                  |
|                                                                                                         |                                                                                                              |
| FECHA: 13-08-2026                                                                                       | Hospedaje: NO                                                                                                |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DR. J. EULOGIO ESTIGARRIBIA – FARMACIA TORIN                       |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas: INSPECCION DE RENOVACION DE APERTURA                                  |
|                                                                                                         |                                                                                                              |
| FECHA: 13-08-2026                                                                                       | Hospedaje: NO                                                                                                |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: JOSE DOMINGO OCAMPOS – FARMACIA VITALMED S.A. SUC XL               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas: INSPECCION DE RENOVACION DE APERTURA                                  |
|                                                                                                         |                                                                                                              |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |                                                                                                                                      |
|---------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma                                                                                                                                |
| NORA ANDREA HENKEL VERON  | 1.215.192 | NORA ANDREA HENKEL VERON<br><small>firmado digitalmente por NORA ANDREA HENKEL VERON<br/>Fecha: 2026.08.14 13:13:52<br/>0322</small> |
|                           |           |                                                                                                                                      |
|                           |           |                                                                                                                                      |
|                           |           |                                                                                                                                      |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web Institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

23010.

Revol 218

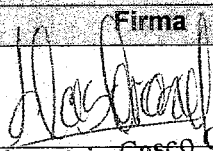
|                                                               |                                    |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 13/08/2026                         |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Departamento Regional San Pedro    |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 12/08/2026                         | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 12/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | SANTA ROSA DEL AGUARAY – SAN PEDRO |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                           |         |            |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|------------|---------------------------------------------------|
| FECHA: 12/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                           | 06:00hs | Hospedaje: | NO                                                |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: |         |            | FARMACIAS EXTERNAS                                |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:    |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            | INSPECCION PARA APERTURA Y RENOVACION DE APERTURA |
|                                                                                                         | •                                         |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            | Hora de llegada: 15:00 HS                         |
| FECHA:                                                                                                  | Hospedaje:                                |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:    |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            |                                                   |
| FECHA:                                                                                                  | Hospedaje:                                |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:    |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            |                                                   |
| FECHA: _                                                                                                | Hospedaje:                                |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:    |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | •                                         |         |            |                                                   |
|                                                                                                         | Hora de llegada:                          |         |            |                                                   |

• INSTRUCCIONES:

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS              |         |                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s                  | C.I. N° | Firma                                                                                                                                                                                 |
| Leticia Paola Concepción Casco Coronel | 2317195 | <br>O.F. Leticia Casco Coronel<br>Responsable de Funciones<br>Dpto. Regional San Pedro<br>DINAVISA |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                       |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

• **INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Res. 219

|                                                               |                                                                 |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 12/08/2026                                                      |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección General de Regulación de Alimentos y Productos Afines |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 12/08/2026                                                      | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 12/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Caaguazú (Coronel Oviedo; Caaguazú)                             |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                                                      |       |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                      |       |                |
| FECHA: 12/08/2026                                         | Hora de salida:                                                                                                      | 07:00 | Hospedaje: N/A |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Coronel Oviedo; Caaguazú                                                   |       |                |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                               |       |                |
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIA PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS</li></ul> |       |                |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS       |           |       |
|---------------------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s           | C.I. N°   | Firma |
| Nidia Patricia Ayala Zarate     | 5.123.623 |       |
| Marcelo Javier Rodríguez Duarte | 5.106.847 |       |

| CHOFER DESIGNADO      |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
| Americo Valiente      | 2.116.467 |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



Dirección Nacional de  
**VIGILANCIA  
SANITARIA**



**GOBIERNO DEL  
PARAGUAY | PARAGUÁI  
REKUÁI**

Resol 220

|                                                               |                                                         |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 12/08/2026                                              |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DIRECCIÓN DE POSTCOMERCIALIZACIÓN - DGV                 |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 12/08/2026                                              | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 14/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | CIUDAD DEL ESTE-ALTO PARANÁ<br>SAN ESTANISLAO-SAN PEDRO |                        |            |

**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: 12/08/2026                                                                                       | Hora de Salida: 07:00                                                                                                                                   |
|                                                                                                         | Hospedaje: HOTEL DEL ESTE – Ciudad del Este.                                                                                                            |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: San Estanislao/San Pedro Ciudad del Este/Alto Paraná.                                                         |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                  |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• TRASLADO DE LA COMITIVA</li><li>• INSPECCIÓN POR DENUNCIA</li><li>• INSPECCIÓN POR CONTROL DE MERCADO</li></ul> |
| FECHA: 13/08/2026                                                                                       | Hospedaje: HOTEL DEL ESTE – Ciudad del Este.                                                                                                            |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Ciudad del Este/Alto Paraná                                                                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas: <ul style="list-style-type: none"><li>• INSPECCIÓN POR CONTROL DE MERCADO/ RUTINA.</li></ul>                     |
| FECHA: 14/08/2026                                                                                       | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Ciudad del Ede/Alto Paraná.                                                                                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas: <ul style="list-style-type: none"><li>• RETORNO DE LA COMITIVA.</li></ul>                                        |
|                                                                                                         | Hora de llegada: 19:00                                                                                                                                  |

**FUNCIONARIOS COMISIONADOS**

| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
|-----------------------|-----------|-------|
| Otilia Areco          | 5.986.860 |       |
| Montserrat Silva      | 4.494.925 |       |
| Daisy Ortiz           | 4.028.313 |       |

**CHOFER DESIGNADO**

| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
|-----------------------|-----------|-------|
| Miguel Coronel        | 1.699.897 |       |

**CUSTODIO DESIGNADO**

| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
|-----------------------|-----------|-------|
| Eligio Domínguez      | 4.518.688 |       |



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Res. 221.

|                                                              |                               |                        |            |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                       | 24/08/2026                    |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                 | D.G.D.P.                      |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                             | 19/08/2026                    | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 21/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | SAN PEDRO, AMAMBAY, CANINDEYÜ |                        |            |

| DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comision de servicio) |                                                                         |       |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| FECHA: 19/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                                                         | 07:00 | Hospedaje: NO |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: San Pedro                     |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                  |       |               |
|                                                                                                         | • ENROLAMIENTO EN RELOJ BIOMETRICO Y CAMBIO DE ADMINISTRACION DEL RELOJ |       |               |
| FECHA: 20/08/2026                                                                                       | Hospedaje: SI                                                           |       |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero          |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                  |       |               |
|                                                                                                         | • ENROLAMIENTO EN RELOJ BIOMETRICO Y CAMBIO DE ADMINISTRACION DEL RELOJ |       |               |
| FECHA: 21/08/2026                                                                                       | Hospedaje: SI                                                           |       |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Salto del Guaira .            |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                  |       |               |
|                                                                                                         | • ENROLAMIENTO EN RELOJ BIOMETRICO Y CAMBIO DE ADMINISTRACION DEL RELOJ |       |               |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |                                                |
|---------------------------|-----------|------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma                                          |
| CHRISTIAN CÁCERES         | 4.398.749 | Christian Cáceres<br>D.G.D.P.<br>DINAVISA      |
| CLAUDIA LETICIA CRISTALDO | 3.397.240 | Lic. Leticia Cristaldo<br>D.G.D.P.<br>DINAVISA |

| CONDUCTOR DESIGNADO   |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
| JORGE LOPEZ           | 3.482.192 |       |
|                       |           |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

• INSTRUCCIONES:

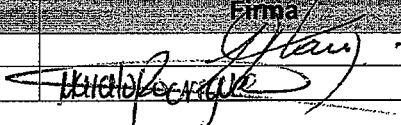
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

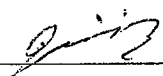
INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Des 222

|                                                               |                                                                                                         |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 19/08/2026 al 21/08/2026                                                                                |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección General de Regulación de Alimentos y Productos Afines                                         |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 19/08/2026                                                                                              | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 21/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Paraguarí (La Colmena); Itapúa (Obligado, Tomás Romero Pereira, Natalio, Edelira, Hohenau, Encarnación) |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                        |       |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|
| FECHA: 19/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                                                                                        | 07:00 | Hospedaje: Itapúa |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: La Colmena, Obligado                                         |       |                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                 |       |                   |
|                                                                                                         | • INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIA PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS                                 |       |                   |
| FECHA: 20/08/2026                                                                                       | Hospedaje: Itapua                                                                                      |       |                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Tomás Romero Pereira, Natalio, Edelira, Hohenau, Encarnación |       |                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                 |       |                   |
|                                                                                                         | • INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIA PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS                                 |       |                   |
| FECHA: 21/08/2026                                                                                       | Hospedaje: N/A                                                                                         |       |                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: N/A                                                          |       |                   |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                 |       |                   |
|                                                                                                         | • Traslado de Regreso                                                                                  |       |                   |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS       |           |                                                                                      |
|---------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s           | C.I. N°   | Firma                                                                                |
| Luciano Ramón Florenciáñez      | 1.102.153 |  |
| Marcelo Javier Rodríguez Duarte | 5.106.847 |                                                                                      |

| CHOFER DESIGNADO      |           |                                                                                       |
|-----------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma                                                                                 |
| José Vazquez          | 4.444.553 |  |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

• INSTRUCCIONES:

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Res 223

|                                                               |                                 |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 02- setiembre-2026              |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | ALTO PARANÁ                     |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 26-08-2026                      | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 28-08-2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | PRESIDENTE FRANCO, HERNANDARIAS |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| FECHA: 26/08 /2026                                                                                      | Hora de salida:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 06:30 | Hospedaje: Hotel Rosa Palace |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:<br>Presidente Franco                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                              |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                              |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>Monitoreo de Establecimientos Se realizó el monitoreo de establecimientos habilitados, efectuándose la verificación de las condiciones de funcionamiento, documentación y cumplimiento de los requisitos sanitarios correspondientes. Se registraron las observaciones y hallazgos identificados durante la jornada.</li></ul> |       |                              |
| FECHA: 27/08 /2026                                                                                      | Hospedaje: Hotel Rosa Palace                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                              |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:<br>Presidente Franco                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                              |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                              |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>Se dio continuidad a las actividades de monitoreo de establecimientos, realizando las verificaciones correspondientes y recopilando información sobre las condiciones observadas. Se documentaron los hallazgos y las observaciones pertinentes.</li></ul>                                                                     |       |                              |
| FECHA: 28 /08 /2026                                                                                     | Hospedaje: Hotel Rosa Palace                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                              |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:<br>Presidente Franco                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                              |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                              |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>Se culminaron las actividades de monitoreo programadas, procediéndose a la revisión de los resultados obtenidos durante las jornadas anteriores. Se consolidó la información recopilada y se establecieron las observaciones y recomendaciones correspondientes.</li></ul>                                                     |       |                              |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>Hora de llegada: 19:00 horas</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li><b>INSTRUCCIONES:</b></li><li>Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.</li><li>Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.</li><li>Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.</li><li>El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.</li><li>El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.</li><li>Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.</li></ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS        |           |                                               |
|----------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s            | C.I. N°   | Firma                                         |
| Gloria Beatriz González Bianconi | 3.528.945 |                                               |
| Sandra Maria Bareiro             | 2.285.926 |                                               |
| Deisy Andrea Storm Fernandez     | 3.572.234 | <br>Abg. Deisy Storm<br>Mat. C.S.J. N° 25.130 |
| Marcos Hugo Vargas               | 2.858.010 |                                               |
|                                  |           |                                               |
|                                  |           |                                               |
|                                  |           |                                               |
|                                  |           |                                               |
|                                  |           |                                               |
|                                  |           |                                               |
|                                  |           |                                               |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

• **INSTRUCCIONES:**

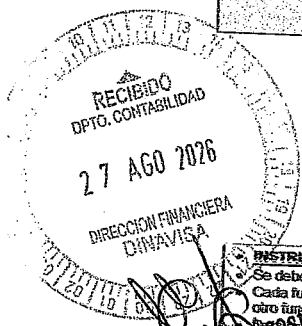
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

Res. 224

|                                                               |                                                                                     |                        |          |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|
| FECHA:                                                        | 18/08/2026                                                                          |                        |          |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL VI CAAZAPA                                             |                        |          |
| FECHA DE INICIO:                                              | 17/08/26                                                                            | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 17/08/26 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | LA COLMENA, CARAPEGUA, SAN ROQUE GONZALEZ DE SANTA CRUZ - DEPARTAMENTO DE PARAGUARI |                        |          |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: 17/08/26                                                                                         | Hora de salida: 06:00      Hospedaje: NO                                                        |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: LA COLMENA / FARMACIA ANY                             |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                          |
|                                                                                                         | • Inspección de Renovación de Apertura de Farmacia Externa                                      |
| FECHA: 17/08/26                                                                                         | Hospedaje: No                                                                                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: SAN ROQUE GONZALEZ DE SANTA CRUZ / FARMACENTER CCCXIX |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                          |
|                                                                                                         | • Inspección de Apertura de Farmacia Externa                                                    |
| FECHA: 17/08/26                                                                                         | Hospedaje: No                                                                                   |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: CARAPEGUA / FARMACIA SAN MARCOS 1                     |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                          |
|                                                                                                         | • Inspección de Renovación de Apertura de Farmacia Externa                                      |
| FECHA: / /                                                                                              | Hospedaje:                                                                                      |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                       |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                          |
|                                                                                                         |                                                                                                 |
| FECHA: / /                                                                                              | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                       |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                          |
|                                                                                                         |                                                                                                 |
|                                                                                                         |                                                                                                 |
| Hora de llegada: 17:00 Hs.                                                                              |                                                                                                 |



**INSTRUCCIONES:**

Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.  
Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.  
Las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.  
El funcionario designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo.  
El funcionario designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.  
Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

Mgr. Margarita  
Dirección Financiera  
DINAVISA

Resol 224

|                                                               |                                                         |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 18/07/2026                                              |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Departamento Regional IV Guaira                         |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 17/08/2026                                              | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 17/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | La Colmena, Carapeguá, San Roque González de Santa Cruz |                        |            |

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                            |       |               |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                            |       |               |
| FECHA: 17/08/2026                                         | Hora de salida:                                                                            | 06:00 | Hospedaje: NO |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: La Colmena                                       |       |               |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                     |       |               |
|                                                           | Inspección a Establecimiento por Apertura – Farmacia Any                                   |       |               |
|                                                           |                                                                                            |       |               |
| FECHA:17/08/2026                                          | Hospedaje: NO                                                                              |       |               |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Carapeguá                                        |       |               |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                     |       |               |
|                                                           | Inspección a Establecimiento por Apertura - Farmacenter                                    |       |               |
|                                                           |                                                                                            |       |               |
| FECHA: 17/08/2026                                         | Hospedaje: NO                                                                              |       |               |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                  |       |               |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                     |       |               |
|                                                           | Inspección a Establecimiento por Renovación de Apertura – Farmacia Grupo San Marcos S.A. 1 |       |               |
|                                                           |                                                                                            |       |               |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS      |           |                                                                                                          |
|--------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s          | C.I. N°   | Firma                                                                                                    |
| Natalia Carolina Franco Almada | 5.351.974 | <i>Natalia C. Franco</i><br>EVALUADORA TÉCNICA<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA |
|                                |           |                                                                                                          |



*Mario Martínez Samaniego*

Lic. Mario Martínez Samaniego  
DINAVISA

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Res 224-A

|                                                            |                                           |                        |            |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                     | 19/08/2026                                |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                               | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL<br>CANINDEYÚ |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                           | 17/08/2026                                | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 18/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO: (CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | CIUDAD DEL ESTE- ALTO PARANÁ              |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                                                       |                                                                                                                                                                                       |       |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio)                                        |                                                                                                                                                                                       |       |            |
| FECHA:<br>17/08/26                                                                               | Hora de salida:                                                                                                                                                                       | 06:00 | Hospedaje: |
|                                                                                                  | SI                                                                                                                                                                                    |       |            |
|                                                                                                  | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DEPARTAMENTO REGIONAL X<br>ALTO PARANÁ                                                                                                      |       |            |
|                                                                                                  | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                                                |       |            |
|                                                                                                  | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa Lipomed Farma.                                                                                                                     |       |            |
|                                                                                                  | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa Biggie Farma 151 CDE<br>Avda. Perú.                                                                                                |       |            |
|                                                                                                  | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Farmafoz Sucursal 1                                                                                                                |       |            |
|                                                                                                  | • Inspección a establecimiento de Farmacia Interna Sanatorio Le Blanc                                                                                                                 |       |            |
|                                                                                                  | • Inspección a establecimiento de Deposito de Distribución de Materia Prima<br>para la Industria NO Farmacéutica – Productos Domisanitarios Gical S.A Almacenes                       |       |            |
|                                                                                                  | • Inspección a establecimiento de Importadora, Distribuidora y Exportadora de<br>Productos Domisanitarios – Materia Prima para la Industria NO Farmacéutica<br>Syngenta Paraguay S.A. |       |            |
| • Inspección a establecimiento de Comercializadora de Suplementos Dietarios<br>Grupo Cell Motion |                                                                                                                                                                                       |       |            |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|----|
| FECHA: 18/08/26                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Hora de salida:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 06:00 | Hospedaje: | NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DEPARTAMENTO REGIONAL X ALTO PARANÁ                                                                                                                                                                                                                                            |       |            |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Descripción de actividades realizadas:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |            |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Inspección a establecimiento de : Importadora, Distribuidora y Representante de Especialidades Farmacéuticas Terminadas, Suplementos Dietarios de WA Import y Export.                                                                                                                                                  |       |            |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa Farmacia Lindsey                                                                                                                                                                                                                                                      |       |            |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Inspección a establecimiento de farmacia externa Farmacia Jesús Farma                                                                                                                                                                                                                                                  |       |            |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Inspección a establecimiento de Farmacia Interna Sanatorio Le Blanc                                                                                                                                                                                                                                                    |       |            |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Inspección a establecimiento Distribuidora de Productos Fitoterapicos – Dispositivos Médicos, Materiales Cortopunzantes y Equipos de Protección Individual Clase I, II, III, IV – Productos de Higiene Personal, Cosméticos y Perfumes – Suplementos Dietarios – Especialidades Farmacéuticas Terminadas KRISIM E.A.S. |       |            |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa Live Farma                                                                                                                                                                                                                                                            |       |            |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Inspección a establecimiento de Importadora, Exportadora y Distribuidora de Suplementos Dietarios X NUTRI                                                                                                                                                                                                              |       |            |    |
| • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa New Pharma Sucursal 1                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |            |    |
| • Inspección a establecimiento de Importadora, Distribuidora y Representante de Productos de Higiene Personal, Cosméticos y Perfumes – Productos Fitoterápicos – Dispositivos Médicos, Materiales Cortopunzantes y Equipos de Protección Individual Clase I, II, III, IV – Suplementos Dietarios SABATH IMPORT EXPORT. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |            |    |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS              |           |                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s                  | C.I. N°   | Firma                                                                                                                                                                                     |
| I.Q. ADRIANA JAZMIN CABALLERO ESPINOLA | 4.699.356 | <br>Ing. Adriana J. Caballero<br>Evaluadora Técnica<br>Dirección de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA |

• INSTRUCCIONES:

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

Res 224-B

|                                                               |                                                         |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 24/08/2026                                              |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DIRECCIÓN GENERAL DE CONTROL DE CALIDAD                 |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 17/08/2026                                              | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 19/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | CIUDADES DE BELÉN, HORQUETA, LORETO DEL DPTO CONCEPCIÓN |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                          |       |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|
| FECHA: 17/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                                                                                          | 07:00 | Hospedaje: _____ |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: FARMACIAS INTERNAS Y EXTERNAS EN LA CIUDAD DE BELÉN            |       |                  |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                   |       |                  |
|                                                                                                         | ● VIAJE DE IDA                                                                                           |       |                  |
|                                                                                                         | ● TOMA DE MUESTRA DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS INTERNAS Y EXTERNAS - CONTROL DE MERCADO                  |       |                  |
| FECHA: 18/08/2026                                                                                       | Hospedaje: _____                                                                                         |       |                  |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: FARMACIAS INTERNAS Y EXTERNAS EN LA CIUDAD DE BELÉN Y HORQUETA |       |                  |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                   |       |                  |
|                                                                                                         | ● TOMA DE MUESTRA DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS INTERNAS Y EXTERNAS PARA CONTROL DE MERCADO               |       |                  |
|                                                                                                         | ● _____                                                                                                  |       |                  |
| FECHA: 19/08/2026                                                                                       | Hospedaje: _____                                                                                         |       |                  |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: FARMACIAS INTERNAS Y EXTERNAS EN LA CIUDAD DE LORETO           |       |                  |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                   |       |                  |
|                                                                                                         | ● TOMA DE MUESTRA DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS INTERNAS Y EXTERNAS PARA CONTROL DE MERCADO               |       |                  |
|                                                                                                         | ● VIAJE DE RETORNO                                                                                       |       |                  |
| FECHA: ____/____/____                                                                                   | Hospedaje: _____                                                                                         |       |                  |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: _____                                                          |       |                  |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                   |       |                  |
|                                                                                                         | ● _____                                                                                                  |       |                  |
|                                                                                                         | ● _____                                                                                                  |       |                  |
| FECHA: ____/____/____                                                                                   | Lugar de comisionamiento/establecimiento: _____                                                          |       |                  |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                   |       |                  |
|                                                                                                         | ● _____                                                                                                  |       |                  |
|                                                                                                         | ● _____                                                                                                  |       |                  |
|                                                                                                         | ● _____                                                                                                  |       |                  |
| FECHA: ____/____/____                                                                                   | Lugar de comisionamiento/establecimiento: _____                                                          |       |                  |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                   |       |                  |
|                                                                                                         | ● _____                                                                                                  |       |                  |
|                                                                                                         | ● _____                                                                                                  |       |                  |
|                                                                                                         | ● _____                                                                                                  |       |                  |
| Hora de llegada: 19:00                                                                                  |                                                                                                          |       |                  |

• **INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

*Resol 226*

|                                                               |                                 |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 24/08/2026                      |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección General de Inspección |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 19/08/2026                      | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 21/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Ciudad del Este; Alto Paraná    |                        |            |

| DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                                                                   |                    |                               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                                   |                    |                               |
| FECHA: 19/08/2026                                         | Hora de salida:                                                                                                                   | 06:00              | Hospedaje: Hotel Ciudad Nueva |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: HL SOFTGEL S.A.                                                                         |                    |                               |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                                            |                    |                               |
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ida a Ciudad del Este</li><li>• Inspección de verificación funcional de planos.</li></ul> |                    |                               |
| FECHA: 20/08/2026                                         | Hospedaje:                                                                                                                        | Hotel Ciudad Nueva |                               |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: HL SOFTGEL S.A.                                                                         |                    |                               |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                                            |                    |                               |
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Continuación inspección de verificación funcional de planos.</li></ul>                    |                    |                               |
| FECHA: 21/08/2026                                         | Hospedaje:                                                                                                                        |                    |                               |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                                         |                    |                               |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                                            |                    |                               |
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Regreso a Asunción.</li></ul>                                                             |                    |                               |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS         |         |                |
|-----------------------------------|---------|----------------|
| Nombre/s y Apellido/s             | C.I. N° | Firma          |
| GUSTAVO JAVIER RETAMOZO SANTACRUZ | 4178808 | <i>[Firma]</i> |
| ANGEL DAVID SANCHEZ BRITEZ        | 5102856 | <i>[Firma]</i> |
| FABIOLA GUADALUPE INSFRAN ALCARAZ | 4729910 | <i>[Firma]</i> |

| CHOFER DESIGNADO          |         |                |
|---------------------------|---------|----------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N° | Firma          |
| AMERICO VALIENTE PORTILLO | 2116467 | <i>[Firma]</i> |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
| N/A                   | N/A     | N/A   |
| N/A                   | N/A     | N/A   |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

Res 227

|                                                               |                                                                                                               |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 27/08/2026                                                                                                    |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección General de Control de Calidad                                                                       |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 19/08/2026                                                                                                    | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 21/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | La Colmena- Paraguari.<br>Obligado, Tomas Romero Pereira, Natalio, Edelira, Hohenau y<br>Encarnación- Itapúa. |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                                                   |                                                                |                        |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                   |                                                                |                        |
| FECHA: 19/08/26                                           | Hora de salida:                                                                                                   | 07:00                                                          | Hospedaje: Encarnacion |
|                                                           | Lugar de comisiona miento/establecimiento: <b>Establecimiento de venta de Medicamentos en La Colmena.</b>         |                                                                |                        |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                            |                                                                |                        |
|                                                           | • TOMA DE MUESTRA DE MEDICAMENTOS PARA CONTROL DE MERCADO                                                         |                                                                |                        |
| FECHA: 20/08/26                                           | Hospedaje:                                                                                                        | Encarnacion                                                    |                        |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: <b>Establecimiento de venta de Medicamentos en Tomas Romero Pereira</b> |                                                                |                        |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                            |                                                                |                        |
|                                                           | • TOMA DE MUESTRA DE MEDICAMENTOS PARA CONTROL DE MERCADO                                                         |                                                                |                        |
| FECHA: 21/08/26                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                         | <b>Establecimiento de venta de Medicamentos en Encarnacion</b> |                        |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                                            |                                                                |                        |
|                                                           | • TOMA DE MUESTRA DE MEDICAMENTOS PARA CONTROL DE MERCADO                                                         |                                                                |                        |
|                                                           | Hora de llegada: 19:00                                                                                            |                                                                |                        |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |                      |
|---------------------------|-----------|----------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma                |
| Q.I Diego Morinigo        | 4.206.881 |                      |
| Q.A Nilda Galarza         | 921.473   | <i>Nilda Galarza</i> |

| CHOFER DESIGNADO      |         |                   |
|-----------------------|---------|-------------------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma             |
| Jose Vasquez Bogado   | 4444553 | <i>J. Vasquez</i> |
|                       |         |                   |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
| -----                 |         |       |
| -----                 |         |       |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

Resol. 228

|                                                               |                      |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 28/08/2026           |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DGRAPA               |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 26/08/2026           | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 27/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Canindeyu(Curuguaty) |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                          |          |                      |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                          |          |                      |
| FECHA: 26/08/2026                                         | Hora de salida:                                                                          | 07:00 hs | Hospedaje: Canindeyú |
|                                                           | Lugar de comisionamiento /establecimiento: Curuguaty                                     |          |                      |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                   |          |                      |
|                                                           | • Traslado.                                                                              |          |                      |
|                                                           | ---                                                                                      |          |                      |
| FECHA :27/07/2026                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento                                                 |          |                      |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas: :                                                 |          |                      |
|                                                           | • Impartir capacitación en Manipulación Higiénica de Alimentos y Registros Sanitarios. . |          |                      |
|                                                           | • ---                                                                                    |          |                      |
|                                                           | • ---                                                                                    |          |                      |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |         |       |
|---------------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N° | Firma |
| Nilda Díaz                | 694.411 |       |
| -----                     | -----   | ----- |
| -----                     | -----   | ----- |
|                           |         |       |
|                           |         |       |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
| -----                 | -----   | ----- |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
| -----                 | -----   | ----- |



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Res 230

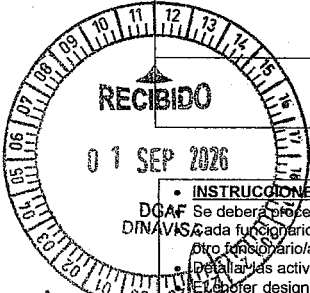
|                                                               |                                                                      |                        |          |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|
| FECHA:                                                        | 25/08/2026                                                           |                        |          |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL ITAPUA                                  |                        |          |
| FECHA DE INICIO:                                              | 24/08/26                                                             | FECHA DE FINALIZACION: | 25/08/26 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | FRAM, CAMBYRETA, SAN JUAN DEL PARANA, CAPITAN MEZA, YATYTAY - ITAPUA |                        |          |

| DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                                |         |               |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|
| (Se debera realizar por cada dia de comision de servicio) |                                                                                                |         |               |
| FECHA: 20/05/26                                           | Hora de salida:                                                                                | 07:00 h | Hospedaje: NO |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL ITAPUA                  |         |               |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                         |         |               |
|                                                           | • INSPECCION DE FARMACIA EXTERNA PARA RENOVACION DE APERTURA                                   |         |               |
|                                                           | • INSPECCION DE FARMACIA EXTERNA PARA APERTURA                                                 |         |               |
|                                                           | • INSPECCION DE FARMACIA EXTERNA PARA APERTURA                                                 |         |               |
|                                                           | • INSPECCION DE DISPENSARIO PARA APERTURA                                                      |         |               |
|                                                           | • INSPECCION PARA APERTURA DE DISTRIBUIDORA DE MATERIA PRIMA PARA LA INDUSTRIA NO FARMACEUTICA |         |               |
| Hora de llegada: 16:00 h                                  |                                                                                                |         |               |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |         |                                                                                                                   |
|---------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N° | Firma                                                                                                             |
| QF. Karina Benitez        | 5738441 | Q.F. Karina Belén Benítez<br>EVALUADORA TÉCNICA<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA         |
| QF. Patricia Villalba     | 4119543 | Q.F. Delia Patricia Villalba Cuba<br>EVALUADORA TÉCNICA<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA |

| CHOFER DESIGNADO      |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
| Julio Barreto         | 4.323.879 |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |



INSTRUCCIONES:

- DINAVISA Se debera proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- DINAVISA Cada funcionario que realice la comision del trabajo, debera ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo valida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por dias de comision, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por dia.
- El chofer designado tambien procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conduccion del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institucion hasta su regreso.
- El chofer designado es el unico responsable de la conduccion del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo tambien el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

Lic. Mario Martinez Samaniego  
DINAVISA

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Resolución D.G.A.F N°231/2026

|                                                               |                                              |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 31/08/2026                                   |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección General de Asuntos Legales         |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 25/08/2026                                   | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 28/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Alto Paraná/ Hernandarias Caaguazú/ Caaguazú |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                              |       |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| FECHA: 25/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                                                                              | 07:00 | Hospedaje: Hotel Waiand |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Hernandarias                                       |       |                         |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                       |       |                         |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones por Sumario Administrativos                            |       |                         |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones por Sumario Administrativo                             |       |                         |
| FECHA: 26/08/2026                                                                                       | Hospedaje: Hospedaje Hotel Waiand                                                            |       |                         |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pdte. Franco                                       |       |                         |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                       |       |                         |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones de Sumarios Administrativo y Cierre de Establecimiento |       |                         |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificación por Sumario Administrativo y Cierre de Establecimiento   |       |                         |
| FECHA: 27/08/2026                                                                                       | Hospedaje: Cesar Palace Hotel                                                                |       |                         |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Caaguazú                                           |       |                         |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                       |       |                         |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones de sumarios administrativo y Cierre de Establecimiento |       |                         |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificaciones de sumarios administrativo y Cierre de Establecimiento |       |                         |
| FECHA:28/08/2026                                                                                        | Hospedaje: Cesar Palace Hotel                                                                |       |                         |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Caaguazú                                           |       |                         |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                       |       |                         |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificación de Sumario Administrativo y Cierre de Establecimiento    |       |                         |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificación de Sumario Administrativo y Cierre de Establecimiento    |       |                         |
|                                                                                                         | • Entrega de Cedula de Notificación de Sumario Administrativo y Cierre de Establecimiento    |       |                         |
|                                                                                                         | •                                                                                            |       |                         |
|                                                                                                         | Hora de llegada: 19:00                                                                       |       |                         |

INSTRUCCIONES:

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

Mgtr. Margarita Acosta C.  
Dirección Financiera - DINAVISA



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |                    |
|---------------------------|-----------|--------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma              |
| Ruben Melgarejo           | 3.672.243 | <i>[Signature]</i> |
| Nadia Alvarez             | 3.635.317 | <i>[Signature]</i> |
|                           |           |                    |

| CHOFER DESIGNADO      |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
| Natalicio Gonzalez    | 1.426.775 |       |
|                       |           |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

- **INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

Res 232

|                                                               |                                                   |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 24/08/2026                                        |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección General de Inspección                   |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 24/08/2026                                        | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 24/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Caaguazú, Dr. Juan Elogio Estigarribia; Caaguazú. |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                           |       |                |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                           |       |                |
| FECHA: 24/08/2026                                         | Hora de salida:                                                                           | 06:00 | Hospedaje: N/A |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: CAAGUAZU/CASA MIRANDIL.                         |       |                |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                    |       |                |
|                                                           | • Ida a Caaguazú<br>• Inspección de Habilitación.                                         |       |                |
| FECHA: 24/08/2026                                         | Hospedaje: N/A                                                                            |       |                |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: DR. JUAN EULOGIO ESTIGARRIBIA/<br>ULTRA BRILLO. |       |                |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                    |       |                |
|                                                           | • Inspección de Buenas Practicas de Fabricación y Control.<br>• Regreso a Asunción.       |       |                |
|                                                           | Hospedaje: -----                                                                          |       |                |
|                                                           | Lugar de comisionamiento/establecimiento: -----                                           |       |                |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas: -----                                              |       |                |
|                                                           | • -----                                                                                   |       |                |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS    |            |                                                      |
|------------------------------|------------|------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s        | C.I. N°    | Firma                                                |
| ALEJANDRA VERONICA VILLALBA. | 3.771.305. | Firma Verónica Villalba<br>Jefa Interina<br>DINAVISA |
|                              |            |                                                      |
|                              |            |                                                      |

| CHOFER DESIGNADO      |         |                      |
|-----------------------|---------|----------------------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma                |
| MIGUEL CORONEL        | 1699894 | Firma Miguel Coronel |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
| N/A                   | N/A     | N/A   |
| N/A                   | N/A     | N/A   |

- INSTRUCCIONES:**
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
  - Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
  - Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
  - El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
  - El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
  - Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



Pres 233

|                                                               |                                              |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 24/08/2026                                   |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Departamento Regional XVIII - Capital        |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 24/08/2026                                   | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 24/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Caapucu – Carapegua – Departamento Paraguari |                        |            |

**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                     |       |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|---------------|
| FECHA: 24/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                                     | 07:00 | Hospedaje: NO |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Caapucú   |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:              |       |               |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimientos                     |       |               |
|                                                                                                         |                                                     |       |               |
| FECHA: 24/08/2026                                                                                       | Hospedaje: NO                                       |       |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Carapegua |       |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:              |       |               |
|                                                                                                         | • Inspección a establecimientos                     |       |               |
|                                                                                                         | Retorno: 17:00 hs                                   |       |               |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS            |           |                                                                                                                      |
|--------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s                | C.I. N°   | Firma                                                                                                                |
| Q.F. Cynthia Cristina Valdez Benítez | 4.685.053 | Q.F. Cynthia Cristina Valdez Benítez<br>EVALUADORA TÉCNICA<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA |
| Q.F. Jaime Eudes Cabrera Espinoza    | 3.654.738 | Q.F. JAIME CABRERA<br>EVALUADOR TÉCNICO<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA                    |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

● **INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

Res 234

|                                                               |                                           |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 27/08/2026                                |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DRVS – DEPARTAMENTO REGIONAL I CONCEPCIÓN |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 26/08/2026                                | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 26/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | SANTA ROSA - SAN PEDRO                    |                        |            |

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| FECHA: 26/08/2026                                                                                       | Hora de salida: 06:00      Hospedaje: NO                         |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: SANTA ROSA - SAN PEDRO |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                           |
|                                                                                                         | ACTIVIDAD DE INSPECCIÓN A ESTABLECIMIENTOS                       |
|                                                                                                         |                                                                  |
| FECHA:                                                                                                  | REGRESO - HORA DE LLEGADA: 14:00hs.                              |
|                                                                                                         | Hospedaje:                                                       |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                        |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                           |
|                                                                                                         |                                                                  |
| FECHA:                                                                                                  |                                                                  |
|                                                                                                         | Hospedaje:                                                       |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                        |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                           |
|                                                                                                         |                                                                  |
| FECHA:                                                                                                  |                                                                  |
|                                                                                                         | Hospedaje:                                                       |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                        |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                           |
|                                                                                                         |                                                                  |
| FECHA:                                                                                                  |                                                                  |
|                                                                                                         | Hospedaje:                                                       |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                        |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                           |
|                                                                                                         |                                                                  |



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |                                                                                                            |
|---------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma                                                                                                      |
| CÉSAR JAVIER DUARTE ARECO | 3.627.988 | <br>Q.F. Cesar J. Duarte A.<br>Evaluador Técnico<br>Dirección Regional de Vigilancia Sanitaria<br>DINAVISA |
|                           |           |                                                                                                            |
|                           |           |                                                                                                            |
|                           |           |                                                                                                            |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |



Dirección Nacional de  
**VIGILANCIA  
SANITARIA**



**GOBIERNO DEL  
PARAGUAY | PARAGUÁI  
REKUÁI**

Des. 285

|                                                               |                                         |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 26/08/2026                              |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | DIRECCIÓN DE POSTCOMERCIALIZACIÓN - DGV |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 26/08/2026                              | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 28/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | PEDRO JUAN CABALLERO-AMAMBAY            |                        |            |

**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: 26/08/2026                                                                                       | Hora de Salida: 07:00                                                                            |
|                                                                                                         | Hospedaje: HOTEL BERTEA – Pedro Juan Caballero.                                                  |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero-Amambay                           |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:<br>• TRASLADO DE LA COMITIVA                              |
| FECHA: 27/08/2026                                                                                       | Hospedaje: HOTEL BERTEA – Pedro Juan Caballero.                                                  |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero-Amambay                           |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:<br>• INSPECCIÓN POR CONTROL DE MERCADO/ TOMA DE MUESTRAS. |
| FECHA: 28/08/2026                                                                                       | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Pedro Juan Caballero-Amambay.                          |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:<br>• RETORNO DE LA COMITIVA.<br>• TOMA DE MUESTRA.        |
|                                                                                                         | Hora de llegada: 19:00                                                                           |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |       |
|---------------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma |
| Montserrat Silva          | 4.494.925 |       |
| Belen Colmán              | 5.227.628 |       |
| Claudia Ortiz             | 4.138.812 |       |
| Alicia Silguero           | 4.737.095 |       |
| Ninfa Ayala               | 3.421.588 |       |
| Ángel Rojas               | 2.222.287 |       |

| CHOFER DESIGNADO      |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
| Feliciano Vázquez     | 1.094.730 |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N°   | Firma |
| Ever Sequeira         | 5.253.408 |       |



**• INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable sólo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

Resol 236

|                                                            |                                        |                        |            |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                     | 31/08/2026                             |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                               | DRVS - DEPARTAMENTO REGIONAL CANINDEYÚ |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                           | 28/08/2026                             | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 28/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO: (CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | CIUDAD DEL ESTE- ALTO PARANÁ           |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:                |                                                                                                  |       |               |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| (Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                  |       |               |
| FECHA:<br>28/08/2026                                      | Hora de salida:                                                                                  | 06:00 | Hospedaje: NO |
|                                                           | Lugar de comisionamiento /establecimiento: DEPARTAMENTO REGIONAL X<br>ALTO PARANÁ                |       |               |
|                                                           | Descripción de actividades realizadas:                                                           |       |               |
|                                                           | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa DIG ROBERT 24 HORAS                           |       |               |
|                                                           | • Inspección a establecimiento de GUA'A IMPORTADORA – DISTRIBUIDORA E.A.S. UNIPERSONAL           |       |               |
|                                                           | • Inspección a establecimiento de farmacia externa FARMACIA LAS PERLAS                           |       |               |
|                                                           | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa FARMACIA PREMIER                              |       |               |
|                                                           | • Inspección a establecimiento de Comercializadora de Suplementos Dietarios OMEGA SUPLEMENTOS PY |       |               |
|                                                           | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa FARMACIA NEXT                                 |       |               |
|                                                           | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa MAXIFARMA INOMATA FARMA                       |       |               |
|                                                           | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa FARMACIA SANTA RITA B – SUC 9                 |       |               |
|                                                           | • Inspección a establecimiento de Farmacia Externa PUNTO FARMA 821                               |       |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INSTRUCCIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.</li><li>Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.</li><li>Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.</li><li>El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.</li><li>El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.</li><li>Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS                 |           |                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s                     | C.I. N°   | Firma                                                                                                                                                               |
| I.Q. ADRIANA JAZMIN CABALLERO<br>ESPINOLA | 4.699.356 | ADRIANA JAZMIN<br>CABALLERO<br>ESPINOLA<br><small>Firmado digitalmente por<br/>ADRIANA JAZMIN CABALLERO<br/>ESPINOLA<br/>Fecha: 2026.09.07 15:46:09 -03'00'</small> |
|                                           |           |                                                                                                                                                                     |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |

• **INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Resol 237

|                                                               |                                 |                        |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------|
| FECHA:                                                        | 31/08/2026                      |                        |            |
| DEPENDENCIA:                                                  | Departamento Regional San Pedro |                        |            |
| FECHA DE INICIO:                                              | 27/08/2026                      | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 28/08/2026 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | YRYVUCUA, CAPIIBARY – SAN PEDRO |                        |            |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                     |          |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------|---------------|
| FECHA: 27/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                                                     | 06:00hs  | Hospedaje: SI |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: YRYVUCUA FARMACIA EXTERNA |          |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                              |          |               |
|                                                                                                         | • INSPECCION PARA RENOVACION DE APERTURA                            |          |               |
|                                                                                                         | •                                                                   |          |               |
| FECHA: 28/08/2026                                                                                       | Hospedaje:                                                          | NO       |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: CAPIIBARY FAMACIA EXTERNA |          |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                              |          |               |
|                                                                                                         | • INSPECCION PARA RENOVACION DE APERTURA                            |          |               |
|                                                                                                         | •                                                                   |          |               |
| FECHA:                                                                                                  | Hospedaje:                                                          |          |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                           |          |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                              |          |               |
|                                                                                                         | •                                                                   |          |               |
|                                                                                                         | •                                                                   |          |               |
| FECHA: _                                                                                                | Hospedaje:                                                          |          |               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                           |          |               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                              |          |               |
|                                                                                                         | •                                                                   |          |               |
|                                                                                                         | •                                                                   |          |               |
| FECHA: _                                                                                                | Hora de llegada:                                                    | 14:00 HS |               |

- INSTRUCCIONES:
- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.

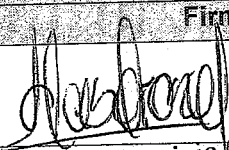


Mario Martínez Samaniego

Lic. Mario Martínez Samaniego  
DINAVISA

A Dir. Financiera



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS                 |         |                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s                     | C.I. N° | Firma                                                                                                                                                                                 |
| Leticia Paola Concepción Casco<br>Coronel | 2317195 | <br>Q.F. Leticia Casco Coronel<br>Responsable de Funciones<br>Dpto. Regional San Pedro<br>DINAVISA |
|                                           |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                           |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                           |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                           |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                           |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                           |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                           |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                           |         |                                                                                                                                                                                       |
|                                           |         |                                                                                                                                                                                       |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

• **INSTRUCCIONES:**

- Se deberá proceder al llenado de todos los campos exigidos.
- Cada funcionario que realice la comisión del trabajo, deberá ser el responsable de firmar el documento en el campo de firma, NO siendo válida la sigla P/A con la firma de otro funcionario/a.
- Detallar las actividades realizadas indicando brevemente por días de comisión, las tareas realizadas y describir el lugar de pernocte por día.
- El chofer designado también procederá a la firma del documento en el campo correspondiente, siendo responsable solo por la conducción del móvil y custodia del mismo desde su salida de la institución hasta su regreso.
- El chofer designado es el único responsable de la conducción del móvil oficial en el cual se realiza el traslado de los funcionarios, siendo también el mismo, el responsable de la custodia del móvil desde su salida de las instalaciones de la DINAVISA hasta su regreso.
- Se recuerda que el presente documento se levanta en la web institucional en cumplimiento a la Ley N° 5189/2014, por lo que se recomienda su correcto llenado.



INFORME DE VIAJE- INTERIOR

Rosal 239

|                                                               |                         |                        |          |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------|
| FECHA:                                                        | 07-09-2026              |                        |          |
| DEPENDENCIA:                                                  | Dirección Regional DRVS |                        |          |
| FECHA DE INICIO:                                              | 20-04-26                | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 24-06-26 |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | Amambay – PJC           |                        |          |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                          |          |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|
| FECHA: 31 / 08 / 26                                                                                     | Hora de salida:                                          | 06:30 hS | Hospedaje: Hospedaje Parapiti |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento /establecimiento: Amambay - PJC |          |                               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Apoyo Administrativo                                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Atención al Usuario                                    |          |                               |
| FECHA: 01 / 09 / 26                                                                                     | Hospedaje: Parapiti                                      |          |                               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Amambay        |          |                               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Apoyo Administrativo                                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Atención al Usuario                                    |          |                               |
| FECHA: 02 / 09 / 26                                                                                     | Hospedaje: Parapiti                                      |          |                               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Amambay        |          |                               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Apoyo Administrativo                                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Atención al Usuario                                    |          |                               |
| FECHA: 03 / 09 / 26                                                                                     | Hospedaje: Parapiti                                      |          |                               |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Amambay        |          |                               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Apoyo Administrativo                                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Atención al Usuario                                    |          |                               |
| FECHA: 04 / 09 / 26                                                                                     | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Amambay        |          |                               |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Apoyo Administrativo                                   |          |                               |
|                                                                                                         | • Atención al Usuario                                    |          |                               |
|                                                                                                         | •                                                        |          |                               |
| Hora de llegada: 19 : 30 hs                                                                             |                                                          |          |                               |



| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |                                                    |
|---------------------------|-----------|----------------------------------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma                                              |
| MARCOS HUGO VARGAS        | 2.858.010 | Marcos Vargas<br>Secretaría Regional<br>20/11/2020 |
|                           |           |                                                    |
|                           |           |                                                    |
|                           |           |                                                    |
|                           |           |                                                    |
|                           |           |                                                    |
|                           |           |                                                    |
|                           |           |                                                    |
|                           |           |                                                    |
|                           |           |                                                    |
|                           |           |                                                    |

| CHOFER DESIGNADO      |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
|                       |         |       |
|                       |         |       |



**INFORME DE VIAJE- INTERIOR**

Resol 240

|                                                               |                                            |                        |             |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|-------------|
| FECHA:                                                        | 07/09/2026.-                               |                        |             |
| DEPENDENCIA:                                                  | DIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN.           |                        |             |
| FECHA DE INICIO:                                              | 31/08/2026.                                | FECHA DE FINALIZACIÓN: | 02/09/2026. |
| LUGAR DE COMISIONAMIENTO:<br>(CIUDAD, DISTRITO, DEPARTAMENTO) | MINGA GUAZÚ – CIUDAD DEL ESTE. ALTO PARANÁ |                        |             |

| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:<br>(Se deberá realizar por cada día de comisión de servicio) |                                                                                                                  |         |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------|
| FECHA: 31/08/2026                                                                                       | Hora de salida:                                                                                                  | 06:00 h | Hospedaje: Minga Guazú |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: Minga Guazú - INPAGAS S.R.L.                                           |         |                        |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                           |         |                        |
|                                                                                                         | Inspección de Habilitación de Establecimiento.                                                                   |         |                        |
| FECHA: 01/09/2026                                                                                       | Hospedaje: Ciudad del Este.                                                                                      |         |                        |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento:                                                                        |         |                        |
|                                                                                                         | Ciudad del Este - GN Distribuidora E.A.S                                                                         |         |                        |
|                                                                                                         | Ciudad del Este - JCF COMPANY S.R.L                                                                              |         |                        |
|                                                                                                         | Ciudad del Este - ALIPEFIO S.R.L.                                                                                |         |                        |
|                                                                                                         | Ciudad del Este - GL Trading S.A                                                                                 |         |                        |
| FECHA: 02/09/2026                                                                                       | Ciudad del Este - FAYROUZE PARFUMS                                                                               |         |                        |
|                                                                                                         | Ciudad del Este - MULTIVIT IMPORT EXPORT E.A.S UNIPERSONAL (Multivit)                                            |         |                        |
|                                                                                                         | Ciudad del Este - Importadora Americas S.A                                                                       |         |                        |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas:                                                                           |         |                        |
|                                                                                                         | Inspección de Habilitación de Establecimiento e Inspección de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Distribución. |         |                        |
| FECHA: 02/09/2026                                                                                       | Hospedaje: No aplica.                                                                                            |         |                        |
|                                                                                                         | Lugar de comisionamiento/establecimiento: No Aplica.                                                             |         |                        |
|                                                                                                         | Descripción de actividades realizadas: Retorno a Asunción.                                                       |         |                        |
|                                                                                                         | Hora de llegada: 18:00 h                                                                                         |         |                        |

| FUNCIONARIOS COMISIONADOS |           |       |
|---------------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma |
| Mirtha Paola Mendiola     | 3.710.067 |       |
| Laura Vanina Fernandez    | 5.540.281 |       |
| Luz Carolina Escobar      | 4.749.315 |       |
| Eduardo Huerta            | 3.211.867 |       |

| CHOFER DESIGNADO          |           |       |
|---------------------------|-----------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s     | C.I. N°   | Firma |
| Américo Valiente Portillo | 2.116.467 |       |

| CUSTODIO DESIGNADO    |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Nombre/s y Apellido/s | C.I. N° | Firma |
| N/A                   | N/A     | N/A   |
| N/A                   | N/A     | N/A   |