



**SALUD PÚBLICA**

**SOLICITUD DE DESTRUCCIÓN DE MATERIA PRIMA Y/O MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL**

**Código: F-SP-VC23-05**

**Fecha de Aprobación:  
28/02/11**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

FECHA: AÑO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DÍA \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

LABORATORIO Ó ENTIDAD QUE REALIZA LA DESTRUCCIÓN : \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TEL No : \_\_\_\_\_ FAX No : \_\_\_\_\_

Atentamente solicitamos la presencia de un delegado de su entidad el día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ para efectuar la

destrucción de la (s) materia(s) prima(s) \_\_\_\_\_ ó producto(s) terminado(s) \_\_\_\_\_ ó muestras de retención \_\_\_\_\_ que se

relaciona (n) a continuación:

MATERIA PRIMA Y/O MEDICAMENTO (NOMBRE GENÉRICO)	FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN.	PRESENTACIÓN COMERCIAL	REGISTRO SANITARIO No	No DE LOTE	MOTIVO	FECHA DE V/MIENTO	CANTIDAD (No DE UNIDADES FARMACÉUTICAS)

DIRECTOR TECNICO: \_\_\_\_\_ IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_  
O SU DELEGADO

FUNCIONARIO F.N.E.: \_\_\_\_\_ IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_