MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Fondo Nacional de Estupefacientes	PROCESO	GESTION DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD	Código	GMTF71
	Formato	Solicitud de destrucción de materia prima y / o medicamentos de control especial	Versión	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** _____