La salud es de todos Minsalud	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** _____