

 <b>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</b> Fondo Nacional de Estupefacientes	<b>PROCESO</b>	GESTION DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD	<b>Código</b>	<b>GMTF73</b>
	<b>Formato</b>	Solicitud de transformación de materia(s) prima(s) de control especial	<b>Versión</b>	<b>1</b>

**Solicitud No.** \_\_\_\_\_

Fecha: año \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

LABORATORIO FABRICANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO: \_\_\_\_\_

Atentamente solicitamos la presencia de un delegado para efectuar la siguiente transformación, el día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ del (los) siguiente(s) producto(s):

Nombre del producto (genérico)	:	_____
Nombre del Producto (marca)	:	_____
Registro Sanitario No.	:	_____
Vigencia del Registro Sanitario	:	año _____ mes _____ día _____
Forma Farmacéutica y concentración	:	_____
Materia prima a transformar	:	_____
Cantidad de materia prima a transformar	:	_____
Número(s) de Lote(s) a fabricar	:	_____
Tamaño de(los) Lote(s) a fabricar	:	_____
Orden de Producción No.	:	_____

En el caso de otras transformaciones diligencie los cuadros tantas veces sea necesario.

Nombre del producto (genérico)	:	_____
Nombre del Producto (marca)	:	_____
Registro Sanitario No.	:	_____
Vigencia del Registro Sanitario	:	año _____ mes _____ día _____
Forma Farmacéutica y concentración	:	_____
Materia prima a transformar	:	_____
Cantidad de materia prima a transformar	:	_____
Número(s) de Lote(s) a fabricar	:	_____
Tamaño de(los) Lote(s) a fabricar	:	_____
Orden de Producción No.	:	_____

**NOMBRE y FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO:** \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACION:** \_\_\_\_\_

NOTA: Este formato se debe enviar 10 días antes de la fecha informada para el proceso de transformación