

ANEXO E

ACTA DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

CON SUSTANCIAS CONTROLADAS NO UTILIZABLES

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO
REGENTE FARMACÉUTICO	CÓDIGO
DIRECCIÓN EXACTA	TELÉFONO

EN FECHA _____ LOS ABAJO FIRMANTES PROCEDIMOS A EFECTUAR LA ENTREGA EN EL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS CONTROLADOS:

MOTIVO DE LA DESTRUCCIÓN:

RESPONSABLES

REGENTE FARMACEUTICO

CED	FIRMA	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO
-----	-------	---------------------------

FUNCIONARIO DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS

CED	FIRMA	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO
-----	-------	---------------------------

CED _____	FIRMA _____	SELLO DEL COLEGIO
-----------	-------------	-------------------

ACLARACIÓN DE TÉRMINOS

Motivo de Destrucción (Indicar si es por vencimiento, deterioro, cierre del establecimiento, etc.)

Nombre del Producto: indicar marca o genérico según corresponda

Presentación (indicar forma farmacéutica; ej. tabletas, supositorios, jarabes, etc.)

Código (Número correspondiente del medicamento controlado)