FECHA:

AREA GENERADORA:

RESPONSABLE:

Mediante la presente se da de baja los siguientes medicamentos vencidos pertenecientes a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante los periodos \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_. Dichos medicamentos fueron retirados de estanterías y entregados a la empresa encargada de la gestión externa para su respectiva destrucción. A continuación el listado de los medicamentos retirados del servicio farmacéutico.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamentos** | **Concentración** | **Forma farmacéutica** | **Laboratorio** | **Registro sanitario** | **Lote** | **Fecha de vencimiento** | **Cantidad** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOMBRE RESPONSABLE ENTREGA NOMBRE RESPONSABLE RECIBE