



Gobierno de Reconciliación
Y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!



FORMATO DE INFORME MENSUAL DE CONSUMIDORES DE SOLVENTES DIVERSOS QUE CONTIENEN SUSTANCIAS QUÍMICAS PRECURSORAS

Nombre de la Empresa: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre del Representante o Propietario de la Empresa: _____

Mes: _____ Fecha de corte: _____

| No. | Nombre del Producto | Nombre de la Sustancia | Presentación | Distribuidor | Existencia Anterior | Ingreso | Egreso | Saldo |
|-----|---------------------|------------------------|--------------|--------------|---------------------|---------|--------|-------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Uso de la Sustancia: _____

Firma del Representante o Propietario
Sello del Establecimiento

Nota:

El informe deberá presentarse en la Dirección de Farmacia, los primeros diez días de cada mes, en horario de atención de Lunes a Viernes de 8:00a.m. a 12:00m. Dicho informe se elaborará en papel membretado de la empresa, al mismo deberá adjuntar fotocopia de factura que soporte el ingreso de la(s) sustancia(s).



**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!**

**MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN DE FARMACIA**

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia
Primero de Mayo. Managua, Nicaragua Telf.: 2289-4700 Ext. 1005 Telefax: 2289-4401
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni Email: div-far@minsa.gob.ni, farmaciadir@minsa.gob.ni