



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional  
*El Pueblo, Presidente!*

**2013:**  
**BENDECIDOS,  
PROSPERADOS Y  
EN VICTORIAS!**

**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](http://www.minsa.gob.ni) Email: [div-far@minsa.gob.ni](mailto:div-far@minsa.gob.ni),  
[farmaciadir@minsa.gob.ni](mailto:farmaciadir@minsa.gob.ni)