ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

AGEMED
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

FORM. 010

INFORME TRIMESTRAL DE MOVIMIENTO DE PSICOTRÓPICOS

NOMBRE DE LA EMPRESA: ……

TRIMESTRE CORRESPONDIENTE: ……

REGENTE RESPONSABLE: ……

NOMBRE DEL PRODUCTO	D.C.I.	CONCENTRACIÓN	PRESENTACIÓN	LABORATORIO	REGISTRO SANITARIO	ORIGEN	FECHA INGRESO	CANTIDAD	FECHA EGRESO	CANTIDAD	DESTINO	SALDO ANTERIOR	SALDO ACTUAL	OBSERVACIONES

FECHA: …… **FIRMA REGENTE RESPONSABLE: ……..**

AGEMED
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD