|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha: |  |
| Nombre/ Razón Social: |  |
| Código de Calificación: |  |

1. **SUSTANCIA/S**

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **Sustancia Catalogada** |
|  |  |
|  |  |

1. **JUSTIFICACIÓN:**

|  |
| --- |
| **Razón de la eliminación solicitada**  |

1. **AÚN NO REPORTADOS EN EL SISALEM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sustancia Catalogada** | **Mes** | **Saldo inicial** | **Ingreso** | **Egreso** | **Saldo final** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Nota:**

- Para eliminación de una sustancia catalogada, el último saldo reportado en el SISALEM debe ser “cero”.

Declaro que la información registrada en el presente formulario es verdadera y puede ser verificada por el Ministerio del Interior.

Atentamente,

**f) Persona Natural o Representante Legal**

 **Nombres y apellidos completos**

 **CC:**

 **f) Representante Técnico**

 **Nombres y apellidos completos**

 **CC:**