**A: Jefe del Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines**

**Presente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Solicitud |  | Número de Registro: |  |
| Nombre del Establecimiento:  |  | Nombre del Profesional: |  |
| Director Médico: |  | Especialidad del Profesional:  |  |
| Dirección del Establecimiento o del Profesional: |  |
| Municipio:  |  | Departamento: |  | Teléfono: |  | E-mail o Fax |  |
| Nombre del establecimiento farmacéutico proveedor: |  |
| Dirección: |  | Teléfono: |  |
| **CANTIDAD SOLICITADA PARA LA COMPRA DE SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES** | **Forma Farmacéutica** | **Cantidad autorizada** | **Responsable a quien se le adjudicó****el Número de Registro** |
| **Cantidad** | **Nombre genérico y comercial** | **Concentración** |
|  |  |  |  |  | No. Cédula o DPI: |  |
|  |  |  |  |  | No. Colegiado: |  |
|  |  |  |  |  | Firma y Sello del Responsable |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Firma y Sello de autorización del Departamento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Para viales de Fentanyl o frascos de pentotal, indicar el volumen de cada uno. |