



REGISTRO Y REVALIDACIÓN DE SELLO DE PROFESIONALES QUE MANEJAN SICOTRÓPICOS / ESTUPEFACIENTES

*LLENAR EL FORMULARIO EN FORMA ELECTRÓNICA. NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, NO TACHONES NI CORRECCIONES.
 IMPRIMIR EN TAMAÑO OFICIO*

1. PARA USO OFICIAL

| | |
|--------------------|--|
| NÚMERO DE REGISTRO | |
|--------------------|--|

2. TRÁMITE A REALIZAR

REGISTRO REVALIDACIÓN DE SELLO

3. INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | | | | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------|------------|
| 3.1 | Nombre Completo | | | | | |
| 3.2 | Número de DPI | | | | | |
| 3.3 | Correo Electrónico | | | | | |
| 3.4 | Teléfono | | 3.5 Celular | | | |
| 3.6 | Universidad | | | 3.7 Número de Colegiado | | |
| 3.8 | Profesión | <input type="checkbox"/> Químico Farmacéutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Veterinario | | | | |
| 3.9 | Número de Registro de Título de la Universidad San Carlos de Guatemala USAC (cuando aplique) | | Fecha de Registro | <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> |
| | | | | | | |
| 3.10 | Número de Autorización de la Superintendencia de Administración Tributaria -SAT- | | Fecha de Autorización | <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> |
| | | | | | | |
| 3.11 | Número de Autorización de Contraloría General de Cuentas | | Fecha de Autorización | <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> |
| | | | | | | |
| 3.12 | Número de Autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | Fecha de Autorización | <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> |
| | | | | | | |
| 3.13 | Número de Autorización del Colegio Profesional correspondiente | | Fecha de Autorización | <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> |
| | | | | | | |
| 3.14 | Número de Autorización del Registro Nacional de Personas -RENAP- | | Fecha de Autorización | <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> |
| | | | | | | |

De conformidad con el Artículo 3 numeral 5 del Decreto 05-2021 del Congreso de la República de Guatemala, los datos, declaraciones y documentos proporcionados son auténticos, sujetándose a responsabilidad administrativas, civiles y penales que puedan generarse por falta de veracidad en lo declarado, presentado o informado.

Declaro y juro que los datos contenidos en el presente formulario son verídicos, por lo que acepto, firmo y sello como muestra de autenticidad.

Guatemala del mes de del año

Firma y Sello del Profesional

IMPORTANTE: Este formulario debe ser presentado únicamente por Médicos, Odontólogos, Veterinarios y Químicos Farmacéuticos debidamente colegiados para poder dispensar o recetar medicamentos Sicotrópicos y Estupefacientes.

4. PARA USO OFICIAL

Sección de Sicotrópicos, Estupefacientes, Importaciones y Exportaciones

| | |
|--------------|--------------|
| FIRMA | SELLO |
| | |



REGISTRO Y REVALIDACIÓN DE SELLO DE PROFESIONALES QUE MANEJAN SICOTRÓPICOS / ESTUPEFACIENTES

LLENAR FORMULARIO EN FORMA ELECTRÓNICA. NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, NI TACHONES NI CORRECCIONES.

5. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN LA SOLICITUD

| No. | Requisitos | REGISTRO | REVALIDACIÓN DE SELLO | Folio |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|-------|
| 1 | Titulo Universitario en original y copia simple (ambos lados). | X | | |
| 2 | Documento Personal de Identificación -DPI- y copia simple (ambos lados). | X | | |
| 3 | Carta indicando el número de Registro Asignado previamente por el DRCPFA y el motivo de la revalidación del sello , en original. En el caso de no contar con el registro, debe presentar copia simple del título universitario en donde aparecen el sello estampado por esta Sección. | | X | |

ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA PARA REALIZAR EL TRÁMITE

**** Importante ****

El trámite es personal. El profesional deberá dirigirse a la Sección de Sicotrópicos, Estupefacientes, Importaciones y Exportaciones ubicada en el tercer nivel del Edificio DGRVCS (Avenida Bolivar 28-07 zona 8 Guatemala).

Este trámite no tiene costo alguno. No ingresar documentación a través de Recepción y Entrega de Documentos del DRCPFA (Ventanilla)


Para las solicitudes de registro y revalidación del sello, es obligatorio presentar el **sello profesional en físico** para validación del Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines.

Información General

I. Presentar la papelería engrapada y foliada de acuerdo a lineamientos establecidos por el DRCPFA.

II. Las copias de la documentación deberán ser claras y legibles, caso contrario será motivo de rechazo.

III. Los documentos originales no quedan bajo el resguardo del DRCPFA. Estos serán entregados al Profesional al finalizar el trámite.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|  | DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN Y CONTROL DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES SECCIÓN DE SICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES, IMPORTACIONES Y EXPORTACIONES | F-SI-f-15 Versión 01 2022 Página 3 de 4 |
| Instructivo de llenado | | |
| LLENAR EL FORMULARIO EN FORMA ELECTRÓNICA SIN TACHONES NI CORRECCIONES NI ALTERACIONES. NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO. | | |
| <p><i>El registro de Médicos, Odontólogos, Veterinarios y Químicos Farmacéuticos es según el Acuerdo Gubernativo 712-99 "Reglamento para el Control de Productos Farmacéuticos y Afines" que establece en su artículo 62. De la Prescripción de Estupefacientes y Psicotrópicos que solamente los profesionales registrados podrán recetar, utilizar o dispensar Sicotrópicos y Estupefacientes.</i></p> | | |
| 1. USO OFICIAL | | |
| Este apartado es de uso exclusivo de la Autoridad Reguladora | | |
| 2. REQUISITOS SEGÚN TRAMITE A REALIZAR | | |
| Registro: | Todo Profesional que se presenta para Registrarse para Recetar, Dispensar o Aplicar Sicotropicos y Estupefacientes; debe presentar Titulo en original y copia simple; copia de DPI y Sello Profesional en fisico. | |
| Revalidación de Sello: | Todo Profesional que ya se Registró previamente en la Sección, deberá adjuntar carta indicando el Motivo de la revalidación del sello y presentar el sello profesional en fisico. | |
| 3. INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL | | |
| 3.1. Nombre Completo | Colocar nombres y apellidos de la persona a registrar | |
| 3.2. Número de DPI | Indicar el Código Único de Identificación del Documento Personal de Identificación DPI. Debe incluir copia simple del documento. En caso de ser extranjero, puede substituir este número por el número de pasaporte | |
| 3.3. Correo Electrónico | Colocar la dirección de correo electrónico de la persona a registrar | |
| 3.4. Teléfono | Colocar el número de teléfono de la persona a registrar | |
| 3.5. Celular | Colocar el número de celular de la persona a registrar | |
| 3.6. Universidad | Indicar universidad donde se extendió su título. En caso de ser extranjero centromericano, debe indicar el país donde se encuentra la Universidad. En caso de ser extranjero fuera del área centroamericana debe presentar homologación de título | |
| 3.7. Número de Colegiado | Número con que se encuentra registrado en el colegio profesional. | |
| 3.8. Profesión | Marcar la casilla de la profesión a la que pertenece. Solamente los Médicos, Odontologos, Veterinarios y Químicos Farmacéuticos, estan facultados a solicitar este registro. | |
| 3.9. Número de Registro de Título de la USAC (cuando aplique) | Este número es el que la Unidad de Registro y Estadística de la Universidad de San Carlos estampa en el Título de Graduación de la carrera. Los títulos de las universidades Privadas no cuentan con este número, por lo tanto se deja en blanco la casilla. Debe indicarse la fecha en que fue estampado el sello (se indica en el sello respectivo) | |
| 3.10 Número de Autorización de la Superintendencia de Administración Tributaria -SAT- | Este número lo emite la Superintendencia de Administración Tributaria. Debe indicarse la fecha en que fue estampado el sello (se indica en el sello respectivo) | |
| 3.11 Número de Autorización de Contraloría General de Cuentas | Este número lo emite la Contraloría de Cuentas. Debe indicarse la fecha en que fue estampado el sello (se indica en el sello respectivo). En caso de no indicarse, se coloca la fecha de la autorización de SAT | |
| 3.12 Número de Autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | Este número lo asigna el Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; ubicado en el Palacio de la Salud / Sistema integral de Atención en Salud. Debe indicarse la fecha en que fue estampado el sello (se indica en el sello respectivo) | |
| 3.13. Número de Autorización del Colegio Profesional correspondiente | Número asignando por el colegio de profesionales, cuando se procede a la colegiación del profesional. Debe indicarse la fecha en que fue estampado el sello (se indica en el sello respectivo) | |
| 3.14 Número de Autorización del Registro Nacional de Personas - RENAP- | Número asignando por el Registro Nacional de Personas. Debe indicarse la fecha en que fue estampado el sello (se indica en el sello respectivo) | |
| Firma y Sello del Profesional | Colocar firma y sello del profesional que esta solicitando el Registro. | |
| 4. PARA USO OFICIAL | | |
| Este apartado es de uso exclusivo de la Autoridad Reguladora | | |
| 5. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN LA SOLICITUD | | |
| Según el tipo de solicitud, adjuntar documentos consignando el folio correspondiente (orden descendente, números enteros) | | |