**SOLICITUD DE CERTIFICADOS DE IMPORTACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS Y PARA EMPRESAS NO FARMACÉUTICAS QUE MANEJAN SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de la Solicitud: | | | |
| **No. DE CERTIFICACIÓN PARA MANEJO DE SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES** | | | |
|  | | | |
| **DATOS DE LA LICENCIA SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO IMPORTADOR**  ***(Llenar solamente cuando sea un Establecimiento Farmacéutico)*** | | | |
| **No. Licencia Sanitaria** | **Fecha de Vencimiento** | | **Categoría** |
|  |  | |  |
| **DEL IMPORTADOR** | | | |
| Nombre del Importador: | | | |
| Domicilio del Importador: | | | |
| **DEL EXPORTADOR** | | | |
| Nombre del Exportador: : | | | |
| Domicilio del Exportador: | | | |
| **DEL FABRICANTE** | | | |
| Nombre del Fabricante: | | | |
| Domicilio del Fabricante: | | | |
| **DE LAS ADUANAS** | | | |
| Aduana de ingreso: | | Aduana de egreso: | |
| **DE LA SUSTANCIA A IMPORTAR** | | | |
| Nombre del producto: si es Producto Terminado consignar el nombre comercial según registro sanitario o si es Materia Prima su nombre | |  | |
| Cantidad Total de Producto Terminado (Cantidad y Presentación)  o Materia Prima a Importar en kg/L según su estado físico | |  | |
| Cantidad, Presentación y Concentración del Producto Terminado o Materia Prima. La presentación puede ser: Cajas, Blíster, Ampollas, Viales, Tabletas, Cápsulas, Comprimidos, Tambos, Pipas, Toneles, Barco a granel, Botellas, Frascos, etc. | |  | |
| Nombre genérico de la sustancia controlada: | |  | |
| Concentración o porcentaje de base anhidra de producto terminado o Contenido de base anhidra de la materia prima: | |  | |
| Cantidad total de la sustancia controlada en números y letras, consignando kg/L según su estado físico. | |  | |
| Si es producto terminado consignar número de registro sanitario o reconocimiento mutuo vigente, cuando aplique: | |  | |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO/PERSONA INDIVIDUAL** | | | |
| **Nombre del Representante Legal o Propietario/Persona Individual *(Según DPI)*** | | **DPI O PASAPORTE**  **(En caso de ser extranjero)** | |
|  | |  | |
| **Firma del Representante Legal o**  **Propietario/Persona Individual (En original)** | | Sello Empresa o Establecimiento Farmacéutico(Lo que corresponda) (En original) | |
|  | |  | |
| DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO*(Llenar solamente cuando sea un Establecimiento Farmacéutico)* | | | |
| Nombre *(Según DPI)* | | DPI | |
|  | |  | |
| Firma *(En original)* | | Sello del Director Técnico *(En original)* | |
|  | |  | |

Continúa Control de Cambios. Hoja 2 de 2 No es necesaria para esta solicitud.