**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.