**REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**MINISTERIO DE SALUD**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**

**DEPARTAMENTO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS**

**Solicitud de Licencia Especial de Sustancias Controladas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | |  | |
| Solicitamos el trámite de: | | | |
| □ Inicio | □ Renovación | | □ Modificación |
|  |  | |  |

Si es modificación, indicar el motivo .

**Datos de la empresa:**

* Nombre Comercial: .
* Razón Social: .
* Ubicación: .
* Número de teléfono fijo: .
* Fecha de expedición de la Licencia de Operación: .
* Número de la licencia LESC, en caso de ser renovación: .
* Tipo de Establecimiento Farmacéutico:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ Agencia Distribuidora | □ Droguería | | □ Laboratorio |
| □ Almacén Estatal | | □ Depósito Estatal | |

* Número de Aviso de Operación del Ministerio de Comercio e Industrias

.

* Número de clave de operación en el caso de estar ubicado en territorio fiscal aduanero especial como zonas libres, zonas procesadoras o equivalentes

.

* Tipo de actividades a realizar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Acondicionar | □ Distribuir | □ Fabricar |
| □ Importar | □ Exportar | □ Reexportar |

**Datos del Regente Farmacéutico:**

* Nombre del Regente Farmacéutico: .
* Número de idoneidad: .
* Número de cédula: .
* Correo electrónico: .
* Número de teléfono fijo: .
* Número de teléfono celular: .

**Datos del Representante Legal de la empresa:**

* Nombre del Representante Legal de la empresa: .
* Número de teléfono fijo: .
* Número de Licencia de Operación: .
* Número del documento de identidad personal (cédula o pasaporte):

.

**Datos de las sustancias:**

* Tipo de licencia que solicita.

□ **TIPO A** Materia prima

□ Psicotrópicos

□ Estupefacientes

□ **TIPO B** Medicamento y/o patrones

□ Psicotrópicos

□ Estupefacientes

□ Otros (especificar)

* Detalle las sustancias controladas a manejar. En el caso de medicamentos especificar el nombre comercial, concentración, presentación comercial, principio activo (si el espacio no es suficiente, adjuntar anexo con la información).

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre del Regente Farmacéutico | Firma de puño y letra |

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre del Representante Legal | Firma de puño y letra |

**Observaciones**:

Requisitos para la obtención de la licencia de sustancias controladas (LESC)

1. Tener licencia de operación vigente o en trámite como Establecimiento Farmacéutico.
2. Estar al día en la entrega de los informes mensuales o trimestrales sobre el manejo de sustancias controladas.
3. Tener área de seguridad aprobada, para el almacenamiento de las sustancias controladas.

**Anexar**: Solicitud el recibo de pago de tasa por servicio.

Al finalizar el trámite deben realizar el pago de los timbres fiscales correspondientes.

**Base legal**: Ley N° 14 del 19 de mayo de 2016

Decreto Ejecutivo N° 183 del 08 de junio de 2018

Ley N° 1 de Medicamentos del 10 de enero de 2001

Ley N° 66 del 10 de noviembre de 1947