

**DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**

**DEPARTAMENTO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS**

**FORMULARIO DE LICENCIA PARA LA FABRICACIÓN DE DERIVADOS DE CANNABIS PARA USO MEDICINAL Y TERAPÉUTICO Y PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL CANNABIS MEDICINAL**

Fecha

Solicitamos el siguiente trámite:

Inicio Renovación Modificación

DE LA LICENCIA PARA:

LA FABRICACIÓN DE DERIVADOS DEL CANNABIS PARA USO MEDICINALY TERAPÉUTICO

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL CANNABIS MEDICINAL

Si es modificación, indicar el motivo

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PERSONA JURÍDICA**

|  |
| --- |
| * Nombre Comercial * Razón Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Dirección, incluyendo corregimiento, distrito y provincia, donde se realizarán las actividades como establecimiento farmacéutico, universidad o centro de investigación, según sea el caso.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección de área de cultivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Número de teléfono fijo * Correo electrónico * Número de licencia de operación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Fecha de expiración de la licencia de operación * Número de LICAM, en caso de ser renovación o modificación * Tipo de establecimiento:     Laboratorio fabricante Universidad Centro de investigación   * 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 actividad a realizar:   Fabricar Exportar Distribuir Investigar  Importar Reexportar Cultivar |

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA**

* Nombre del Representante Legal de la empresa
* Número del documento de identidad personal (cédula o pasaporte)
* Número de teléfono fijo/celular
* Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL REGENTE O DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE (SEGÚN CORRESPONDA)**

* Nombre del Regente Farmacéutico/ responsable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Número de idoneidad
* Número de cédula
* Correo electrónico
* Número de teléfono fijo
* Número de teléfono celular



Nombre: Regente Farmacéutico Firma y número de idoneidad

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Representante Legal Firma

Para la renovación y modificación de las Licencias de Fabricación de Derivados del Cannabis Medicinal y de Investigación Científica del Cannabis Medicinal deberá llenarse este formulario, cumpliendo con lo establecido en el Decreto ejecutivo 121 del 1 de septiembre de 2022.

ADVERTENCIA: CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA ES PUNIBLE BAJO LAS DISPOSICIONES APLICABLES Y CONLLEVA EL NO OTORGAMIENTO DE LA LICENCIA O LA CANCELACIÓN EN CASO DE HABER SIDO OTORGADA (Art. 17 de Ley N°242 de 13 de octubre de 2021)

Base legal. Ley 66 del 10 de noviembre de 1947

Ley 24 de 29 de enero de 1963

Ley 1 de Medicamentos del 10 de enero de 2001

Ley 14 del 19 de mayo de 2016

Ley 242 de 13 de octubre de 2021

Decreto Ejecutivo No. 183 del 08 de junio de 2018

Decreto Ejecutivo No.121 del 1 de septiembre de 2022