|  |
| --- |
| **UTILICE LA GUÍA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO Y PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS REQUISITOS.** |
| **1. DATOS DEL MEDICAMENTO** |
| * 1. Principio Activo y Concentración.

Escribe el nombre del activo (s) según Denominación Común Internacional (DCI) y su concentración. Recuerde señalar la sal o grado de hidratación entre paréntesis. |
| * 1. Forma farmacéutica.

 Escriba la forma farmacéutica del producto (Ej. Tableta). |
| * 1. Vía de administración.

Escriba la vía de administración del producto (Ej. Oral). |

|  |
| --- |
| **2. DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD** |
| **2.1 Institución de Salud.** |
| 2.1.1 Institución de Salud: Elija un elemento. |
| 2.1.2 Nombre de la Unidad Ejecutora: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| 2.1.3 Dirección: Escriba la dirección de la unidad ejecutora. |
| 2.1.4 Teléfono: Escriba el número de teléfono. |
| **3. RESPONSABLE DE LA SOLICITUD** |
| **3. Responsable** |
| 3.1 Nombre:Coloque el nombre la persona responsable de la solicitud. | 3.2 Teléfono / Celular:Escriba aquí el o los números | 3.3 Correo electrónico:Escriba su dirección electrónica para envío de notificación. |
| 3.4 Número de cédula:Escriba el número de identidad personal.  | 3.5 Firma:  |
| **4. FUNDAMENTO LEGAL** | Ley 1 de 10 de enero de 2001Decreto 95 de 14 de mayo de 2019Resolución 498 y 499 de 27 mayo de 2019 |
| **5. DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA SOLICITUD.** |
| CUALQUIER ADULTERACIÓN O FALSIFICACIÓN EN LAS DECLARACIONES O INFORMACIÓN PRESENTADOS EN ESTE FORMULARIO Y DOCUMENTOS ADJUNTOS ES CASUAL DE CANCELACIÓN DE LA SOLICITUD. |
| **6. PARA USO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS** |
| **FECHA DE INGRESO** | **NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE.** |
|  |  |
| **\*\*\*FIN DEL FORMULARIO\*\*\*** |