|  |
| --- |
| **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 2001  Decreto 95 de 14 de mayo de 2019  Resolución 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\*\*\*** | | | | | |