|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de solicitud: | | | | | Número de Mandamiento de pago por trámite de inscripción: | | | | |
| *(uso interno)* | | | | | *(uso interno)* | | | | |
| 1. **DATOS DEL PROPIETARIO (sólo persona natural)** | | | | | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE DUI | | | NÚMERO DE CARNET DE RESIDENTE | | | | NACIONALIDAD (PAÍS) | | |
|  | | |  | | | |  | | |
| PROFESIÓN | | | TELÉFONO | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  | | |  | | | |  | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DE LA SOCIEDAD (sólo persona jurídica)** | | | | | | | | | |
| DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ABREVIATURA DE LA SOCIEDAD | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE NIT | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| DOMICILIO SOCIAL | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**  * Representante Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Apoderado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE DUI | | | | | | | NÚMERO DE CARNET DE RESIDENTE (Solo para extranjeros) | | |
|  | | | | | | |  | | |
| PROFESIÓN | | | TELÉFONOS | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  | | |  | | | |  | | |
| 1. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO** | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO *(Agregar solo 1 tipo)* | | | | | | | | | |
| Centro de Almacenamiento | | | | | | | Laboratorio de Productos Higiénicos | | |
| Botiquín | | | | | | | Laboratorio de Productos Cosméticos | | |
| Droguería | | | | | | | Laboratorios de Dispositivos e Insumos Médicos | | |
| Laboratorio Farmacéutico | | | | | | | Laboratorio Control de Calidad | | |
| Laboratorio de Productos Naturales Medicinales | | | | | | | Farmacia hospitalaria (Sistema Nacional de Salud) | | |
| Dispensadores de Supermercados | | | | | | | Botiquín (Sistema Nacional de Salud) | | |
| Dispensador en Mercado y Otros | | | | | | | Farmacia hospitalaria con áreas especiales  (Sistema Nacional de Salud) | | |
| Farmacias | | | | | | | Otros especifique: | | |
| Farmacia hospitalaria | | | | | | |
| Categoría  de farmacia: | 1 | | 2 | | 3 | |
| DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| MUNICIPIO | | | DEPARTAMENTO | | | | TELÉFONOS | | |
|  | | |  | | | |  | | |
| HORARIO DE SERVICIO DEL ESTABLECIMIENTO | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  | | | | | | |  | | |
| 1. **ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO** | | | | | | | | | |
| Almacenamiento de productos farmacéuticos, productos higiénicos, cosméticos,  dispositivos e insumos médicos, productos químicos y materias primas | | | | | | | Venta de Medicamentos | | |
| Dispensación de medicamentos | | | | | | | Elaboración de productos higiénicos | | |
| Importación, almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos | | | | | | | Elaboración de productos cosméticos | | |
| Fabricación de productos farmacéuticos | | | | | | | Elaboración de dispositivo e insumos médicos | | |
| Fabricación de productos naturales medicinales | | | | | | | Control de Calidad | | |
| Comercialización de medicina de venta libre en supermercado | | | | | | | Elaboración y preparación magistrales | | |
| Comercialización de medicina de venta libre en mercados y otros | | | | | | | Otros especifique: | | |
| Operaciones Farmacéuticas\* *(aplica para Laboratorios)* | | | | | | | | | |
| Sólidos | | Líquidos | | Semisólidos | | Estériles | | Aerosoles | Otros  Especifique: |
| *\*Deberá contar con aprobación de planos favorable.* | | | | | | | | | |
| 1. **REQUERIMIENTO DE INSCRIPCIÓN DEL REGENTE** *(deberá cancelar el mandamiento correspondiente)* | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL REGENTE (No aplica en caso de Dispensadores) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL | | | | | | | NÚMERO JVPQF | | |
|  | | | | | | |  | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| TELÉFONO | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| 1. **NOTIFICACIONES** | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR NOTIFICACIONES  Y RETIRAR DOCUMENTOS | | | | | | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DUI) | | |
|  | | | | | | |  | | |
| TELÉFONO | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| *\*Nota: Revisar documentos a presentar en las guías correspondientes reguladas por la DNM.* | | | | | | | | | |
| **Nombre y firma del propietario, Representante legal y/o Apoderado** | | | | | | | **Nombre, firma y sello del regente** | | |
|  | | | | | | |  | | |
| **Para uso notarial (Legalización de firmas de conformidad al artículo 5 de la LPA).** | | | | | | | | | |
| Para referencia en caso de necesitar auténtica en las firmas deberá adjuntar el acta notarial correspondiente con las formalidades de ley.  **DOY FE** que la (s) firma (s) que calza (n) en el anterior escrito que se lee (n) es (son) **AUTÉNTICA** (s) por haber sido puesta (s) de su puño y letra ante mi presencia por el (los) señor (es) <<Nombre del propietario, representante legal o apoderado>>   <<Nombre de Regente>>, de <<Edad en letras>>   años de Edad, del domicilio <<Domicilio>>,  <<profesión>>, de nacionalidad <<país>>, persona (s) a quien(es) reconozco por su(s)   <<Tipo de documento>> numero(s) <<Numero de documento>> (Respectivamente).  Santa Tecla, a los <<Fecha>>.    **Firma y sello del Notario** | | | | | | | | | |
| **Información a tomar en cuenta** | | | | | | | | | |
| * Para el retiro de su autorización deberá presentar documentación legal en original, copia certificada por notario, o copia simple para confrontarla con   su original.   * El presente formulario comprende los trámites de inscripción del regente y la elaboración de sello, debiendo cancelar el arancel correspondiente para cada uno   de ellos.  **El regulado deberá presentar la siguiente documentación:**   * Croquis de ubicación * Plano de distribución interna * Contrato de regencia * Solicitud de inscripción de regente o carta compromiso * Certificado de Inscripción de Regente (JVPQF)   **Para persona natural:**   * Documento de identificación (DUI/Carnet de residente/Pasaporte)   **Para persona jurídica (Acreditar personería jurídica):**   * Escritura de Constitución de la Sociedad (Debidamente inscrita) * Credencial de Elección del Representante Legal (Debidamente Inscrita) * NIT de la sociedad * Escritura de Poder | | | | | | | | | |
| ***NOTA:*** *Para el retiro de su autorización deberá presentar documentación legal en original, copia certificada por notario, o copia simple para confrontarla con su*  *original.* | | | | | | | | | |

*Vigente desde: 07-octubre-2022*