|  |  |
| --- | --- |
| 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 | OtrosEspecifique:  |
| *\*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*