**A: Jefe del Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines**

**Presente:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Solicitud | | | | |  | | | | | | | Número de Registro: | | | |  | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento: | | | | | |  | | | | | | Nombre del Profesional: | | | | |  | | | | | |
| Director Médico: | | | |  | | | | | | | | Especialidad del Profesional: | | | | | |  | | | | |
| Dirección del Establecimiento o del Profesional: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Municipio: | |  | | | | | Departamento: | | |  | | Teléfono: | |  | | | | | | E-mail o Fax | |  |
| Nombre del establecimiento farmacéutico proveedor: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | |  | | | | | | | | | Teléfono: | |  | | | | | | | | |
| **CANTIDAD SOLICITADA PARA LA COMPRA DE SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES** | | | | | | | | | | | | | **Forma Farmacéutica** | | **Cantidad autorizada** | | | | **Responsable a quien se le adjudicó**  **el Número de Registro** | | | |
| **Cantidad** | **Nombre genérico y comercial** | | | | | | | | | | **Concentración** | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | No. Cédula o DPI: | |  | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | No. Colegiado: | |  | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | Firma y Sello del Responsable | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | Firma y Sello de autorización del Departamento | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |
| Para viales de Fentanyl o frascos de pentotal, indicar el volumen de cada uno. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |