



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*



## **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PRECURSORAS (SUSTANCIAS QUÍMICAS CONTROLADAS).**

### **Requisitos:**

1. Solicitud por escrito en papel membretado de la empresa en original y copia que detalle:
  - Nombre completo del solicitante (propietario) o representante de la empresa.
  - Dirección completa y teléfono del solicitante (propietario) o representante de la empresa.
  - Nombre, dirección y teléfono del establecimiento.
  - Nº RUC
  - Función o actividad comercial que desempeña el establecimiento.
  - Para que fin utilizará la sustancia en el establecimiento.
  - Firma y sello del solicitante o representante de la empresa.
2. Certificado de buena conducta extendido por la Policía Nacional (Record de Policía) del solicitante (propietario) o representante de la empresa.
3. Fotocopia del número RUC de la empresa.
4. Permiso de funcionamiento del establecimiento vigente y que lo faculte para desarrollar la actividad a que se dedica el establecimiento.
5. Fotocopia de cédula de identidad ciudadana del solicitante o representante.

Una vez inscrito deberán presentar informe mensual del movimiento de la sustancia de acuerdo a formato establecido.



*Seguimos Cambiando Nicaragua!*  
**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!**  
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE FARMACIA

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo.  
Managua, Nicaragua Telf: 2289-4700 Ext. 222 Telefax: 2289-4401 Apartado Postal 107.

[www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni) Email: [div-far@minsa.gob.ni](mailto:div-far@minsa.gob.ni)



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*



## **SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PRECURSORAS (SUSTANCIAS QUÍMICAS CONTROLADAS).**

### **Requisitos:**

1. Carta de Solicitud de renovación en original y copia en papel membretado conteniendo la siguiente información:

#### **Datos del Solicitante o Representante Legal:**

- Dirección completa y teléfono del solicitante (propietario) o representante de la empresa.
- Nombre, dirección y teléfono del establecimiento.

#### **Datos del Establecimiento:**

- Razón social del establecimiento.
- Ubicación del establecimiento.
- Número de teléfono y fax, correo electrónico.

**Firma de la persona natural o representante de la persona jurídica del establecimiento.**

**Sello del establecimiento.**

1. Copia de la Constancia de Inscripción del establecimiento emitida por la División de Farmacia .



*Seguimos Cambiando Nicaragua!*  
**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!**  
**MINISTERIO DE SALUD**

DIRECCIÓN DE FARMACIA

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo.  
Managua, Nicaragua Telf: 2289-4700 Ext. 222 Telefax: 2289-4401 Apartado Postal 107.

[www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni) Email: [div-far@minsa.gob.ni](mailto:div-far@minsa.gob.ni)