



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE CONSUMIDORES DE SOLVENTES DIVERSOS QUE CONTIENEN SUSTANCIAS QUÍMICAS PRECURSORAS

Requisitos:

1. Solicitud por escrito en papel membretado de la empresa en original y copia que detalle:

1.1 Datos del Solicitante:

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

1.2 Datos del Establecimiento:

- Nombre, dirección y teléfono del establecimiento.
- Función o actividad comercial que desempeña el establecimiento.
- Indicar con que fin utilizará la sustancia en el establecimiento.

1.3 Firma del solicitante y sello del establecimiento.

2. Certificado de buena conducta en original 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.

Nota:

Una vez inscrito deberán presentar informe mensual del movimiento de la sustancia en la Dirección de Farmacia del Ministerio de Salud y a la Dirección de Investigación de Droga de la Policía Nacional, de acuerdo a formato establecido.



**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!**

**MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN DE FARMACIA**

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia
Primero de Mayo. Managua, Nicaragua Telf.: 2289-4700 Ext. 1005 Telefax: 2289-4401
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni Email: div-far@minsa.gob.ni,
farmacidir@minsa.gob.ni



**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE CONSUMIDORES DE
SOLVENTES DIVERSOS QUE CONTIENEN SUSTANCIAS QUÍMICAS
PRECURSORAS**

Requisitos:

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

1.1 Datos del Solicitante:

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

1.2 Datos del Establecimiento:

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

1.3 Firma del solicitante y sello del establecimiento.

2. Fotocopia de la Constancia de Inscripción

Nota:

En caso de modificación en los datos detallados en la Constancia de Inscripción deberá adjuntar la documentación correspondiente.



**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!**

**MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN DE FARMACIA**

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia
Primero de Mayo. Managua, Nicaragua Telf.: 2289-4700 Ext. 1005 Telefax: 2289-4401
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni Email: div-far@minsa.gob.ni,
[farmaciadir@minsa.gob.ni](mailto:farmacidir@minsa.gob.ni)



**FORMATO DE INFORME MENSUAL DE CONSUMIDORES DE PEGAMENTOS
DIVERSOS QUE CONTIENEN SUSTANCIAS QUÍMICAS PRECURSORAS**

Nombre de la Empresa: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre del Representante o Propietario de la Empresa: _____

Mes: _____ Fecha de corte: _____

No.	Nombre del Producto	Nombre de la Sustancia	Presentación	Distribuidor	Existencia Anterior	Ingreso	Egreso	Saldo

Uso de la Sustancia: _____

Firma del Representante o Propietario
Sello del Establecimiento

Nota:

El informe deberá presentarse en la Dirección de Farmacia, los primeros diez días de cada mes, en horario de atención de Lunes a Viernes de 8:00a.m. a 12:00m. Dicho informe se elaborará en papel membretado de la empresa, al mismo deberá adjuntar fotocopia de factura que soporte el ingreso de la(s) sustancia(s).



**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!**

**MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN DE FARMACIA**

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia
Primero de Mayo. Managua, Nicaragua Telf.: 2289-4700 Ext. 1005 Telefax: 2289-4401
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni Email: div-far@minsa.gob.ni,
[farmaciadir@minsa.gob.ni](mailto:farmacidir@minsa.gob.ni)



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PERMISOS DE IMPORTACIÓN DE PEGAMENTOS DIVERSOS QUE CONTIENEN SUSTANCIAS QUÍMICAS PRECURSORAS

Requisitos:

Las solicitudes de Permiso de Importación de Pegamentos diversos que contienen Sustancias Químicas Precursoras, se elaboraran en papel membretado del establecimiento importador, presentándose en el Área de Recepción de la División de Farmacia en horario de atención de lunes a viernes de 8:00a.m. a 12:00m.

Para su presentación, es indispensable que el establecimiento importador tenga vigente su Licencia Sanitaria de funcionamiento.

Datos contenidos en la solicitud:

- Nombre comercial de la sustancia.
- Cantidad a importar.
- Presentación.
- Nombre del ingrediente activo (sustancia fiscalizada).
- Porcentaje de pureza de la sustancia.
- Total de sustancia fiscalizada en gramos, kilogramos o litros.
- Nombre y país del fabricante.
- Nombre y país de la empresa exportadora.
- Nombre y dirección del importador.
- Nombre y dirección del consignatario.
- Fecha propuesta del embarque de importación, lugar de origen y puerto de ingreso al país.
- Número RUC del establecimiento.
- Si va en tránsito, país de destino.
- Nombre, firma del Regente y Código Sanitario (cuando proceda)
- Nombre y firma del Representante.
- Sello del establecimiento importador.

Costo:

El permiso de importación de Pegamentos Diversos que contienen Sustancias Químicas Precursoras tiene un valor de C\$ 200.00 (Doscientos córdobas netos).

Periodo de vigencia del documento:

Un año a partir de la fecha de emisión



**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!**

**MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN DE FARMACIA**

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia
Primero de Mayo. Managua, Nicaragua Telf.: 2289-4700 Ext. 1005 Telefax: 2289-4401
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni Email: div-far@minsa.gob.ni,
farmacidir@minsa.gob.ni



**FORMATO DE INFORME MENSUAL DE
IMPORTADORES/DISTRIBUIDORES Y COMERCIALIZADOR DE
PEGAMENTOS DIVERSOS QUE CONTIENEN SUSTANCIAS QUÍMICAS
PRECURSORAS**

Nombre de la Empresa: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre del Representante: _____

Mes: _____ Fecha de corte: _____

Nombre del Producto y concentración	Nombre de la Sustancia	Presentación	Fabricante	País de Origen	Existencia Anterior	Ingreso	Egreso	Existencia Actual

Firma del Representante
Sello del Establecimiento

Firma del Regente

Nota:

El informe deberá presentarse en la Dirección de Farmacia, los primeros diez días de cada mes, en horario de atención de Lunes a Viernes de 8:00a.m. a 12:00m. Dicho informe se elaborará en papel membretado de la empresa, al mismo deberá adjuntar fotocopia de factura que soporte el ingreso y el egreso del producto.



**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!**

**MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN DE FARMACIA**

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia
Primero de Mayo. Managua, Nicaragua Telf.: 2289-4700 Ext. 1005 Telefax: 2289-4401
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni Email: div-far@minsa.gob.ni,
[farmaciadir@minsa.gob.ni](mailto:farmacidir@minsa.gob.ni)