## ANEXO I

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE USUARIO PARA EL SISTEMA KARPLUS[[1]](#footnote-2) EN LA DIRECCIÓN DE FARMACIA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE REMISIÓN | Seleccione fecha. | ¿POSEE USUARIO REGISTRADO? | Indicar si cuenta con usuario. |
| **CATEGORÍA DE USUARIO (MARQUE UNA O AMBAS OPCIONES SEGÚN APLIQUE)** |
| REGENTE SANITARIO [ ]  REGISTRADOR: [ ] PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE: [ ]  |
| **DATOS DE USUARIO SOLICITANTE** |
| 1. CÓDIGO SANITARIO | Escriba el Código Sanitario asignado por la ANRS. |
| 2. NOMBRE COMPLETO: | Detalle el nombre completo del(a) profesional sanitario. |
| 3. IDENTIFICACIÓN | Elija el tipo de documento de identificación. |
| 4. N° DE IDENTIFICACIÓN: | Escriba el N° de Identificación. |
| 5. DOMICILIO | Detalle su dirección exacta |
| 6. DEPARTAMENTO | Seleccione un Departamento |
| 7. MUNICIPIO | Escriba el municipio |
| 8. N° DE TELÉFONO | Escriba N° de teléfono. |
| 9. CORREO ELECTRÓNICO | Escriba su correo electrónico |
| **OBSERVACIONES** |
|  |

## ANEXO II

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Fecha de Remisión**: corresponde a la fecha en que el usuario envía el formato a las direcciones de los correos indicados en el mismo para efectuar la solicitud de usuario en el sistema *Karplus* Módulo de Farmacia. Debe elegir en la casilla a la derecha dicha fecha.

**Usuario Registrado:** Indica si el profesional sanitario ya se encuentra registrado como usuario en el Sistema Karplus para efectuar trámites en otras Direcciones de la ANRS. Si selecciona la opción **SI**, la Sección de informática de la ANRS procederá a la habilitación de dicho usuario para el módulo de Farmacia, según corresponda. Si selecciona la opción **NO**, la Sección de informática de la ANRS procederá a crearle un usuario en el Sistema.

**Categoría de Usuario**: indica los permisos a los que se le facultará al usuario en el Sistema Karplus – Modulo de Farmacia para efectuar trámites, según requisitos establecido.

**Código sanitario:** corresponde al código de registro de profesional otorgado por el Departamento de Registro de Profesionales y Técnicos de la Salud, de la Dirección de Regulación en Salud, dependencia de la Autoridad Nacional de Regulación Sanitaria (ANRS). Debe detallarlo correctamente dicho código en el espacio establecido para tal fin.

**Nombre completo:** Indicar nombres y apellidos del profesional sanitario, como lo detalla la identificación presentada.

**Identificación:** corresponde al tipo de identificación legal que el profesional utiliza (cédula de identidad, cédula de residencia o pasaporte).

**N° de identificación:** corresponde a código alfanumérico que detalla el documento de identificación presentado.

**Domicilio:** corresponde a la dirección exacta en la cual reside el profesional sanitario.

**N° de teléfono:** corresponde al número de teléfono celular (personal) utilizado por el profesional.

**Correo electrónico:** corresponde a la dirección electrónica que el usuario utilizará para ser contactado. Deberá cerciorarse que el correo electrónico detallado se encuentra correctamente escrito para evitar contratiempos en las comunicaciones.

**Observaciones:** en este punto se deberá describir cualquier información que la Dirección debe tener en conocimiento y que sea de importancia al momento de la evaluación.

## ANEXO III

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE ENTREGA DE INFORME EN USB** |
| **Fecha De Remisión**: Seleccione fecha. |
| **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** |
| Razón social y Nombre Comercial |  |
| Nombres y apellidos del Representante Legal o Propietario  |  |
| Nº Licencia Sanitaria |  |
| Dirección  |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico  |  |
| **DATOS DEL REGENTE (Cuando aplique)** |
| Nombres y Apellidos |  |
| Código Sanitario  |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:**  |
| **Nombre/Firma/Sello****Regente, Representante Legal o Propietario del Establecimiento** | **~~Firma/Fecha/~~Sello de recibido de la Dirección de Farmacia** |
| **Nota: Para las Licencia de consumidor el formato de informe debe de venir firmado y sellado por el Representante legal o propietario.****Para las Licencia Sanitaria de Funcionamiento de fabricantes o importadores bajo el formato de informe debe de venir firmado y sellado por el Regente Autorizado.**  |

## ANEXO IV

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME MENSUAL DE CONSUMIDOR**  |
| **Razón social y Nombre Comercial del establecimiento:** |
| **Dirección:** |
| **Licencia Sanitaria de Consumidor Nº:**  |
| **Mes de Reporte**: Elija un elemento. | **Fecha de Corte:** Seleccione fecha. |
| **Categoría de Licencia Sanitaria de Consumidor:** Elija un elemento. |
| **Rubro Comercial del establecimiento:** |
| **RESUMEN DE OPERACIONES DEL MES** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Producto y Sustancia Fiscalizada** | **Presentación** | **Distribuidor y Comercializador** | **Campo de aplicación** | **Existencia Anterior** | **Ingreso** | **Egreso** | **Saldo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:** |

## ANEXO V

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME MENSUAL PARA LAS IMPORTACIONES DE CONTROLADOS**  |
| **Razón social y Nombre Comercial del establecimiento:** | **Mes de Reporte:** Elija un elemento. |
| **Fecha de Corte del informe:** Seleccione fecha. |
| **Licencia Sanitaria de Funcionamiento N°:** | **Tipo de autorización:** Elija un elemento. |
| **Categoría de Licencia Sanitaria de Funcionamiento:** Elija un elemento. |
| **Dirección del establecimiento:** |
| **RESUMEN DE IMPORTACIONES** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Sustancia o Producto** | **Nº de Factura de Importación** | **Nº de Permiso de Importación** | **Cantidad Ingresada** | **Aduana de Ingreso** | **Fecha de Ingreso en Aduana** | **Fecha de Ingreso en bodega** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:** |

## ANEXO VI

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME MENSUAL DE EXISTENCIAS DE CONTROLADOS** |
| **Razón social y Nombre Comercial del establecimiento:** | **Mes de Reporte:** Elija un elemento. |
| **Fecha de Corte del informe:** Seleccione fecha. |
| **Licencia Sanitaria de Funcionamiento N°:** | **Tipo de autorización:** Elija un elemento. |
| **Categoría de Licencia Sanitaria de Funcionamiento:** Elija un elemento. |
| **Dirección del establecimiento:** |
| **CONTROL DE EXISTENCIAS** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº de Registro Sanitario (C.A)** | **Nombre Comercial** | **Sustancia Fiscalizada** | **Presentación** | **Laboratorio Fabricante** | **País** | **Existencia Anterior** | **Ingreso** | **Egreso**  | **Existencia Actual** |
| **Importado** | **Devolución** | **Deterioro** | **Ventas** |
| **Origen** | **Despacho** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:** |

## ANEXO VII

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME MENSUAL DE EXISTENCIAS PARA LAS MATERIAS PRIMAS** |
| **Razón social y Nombre Comercial del establecimiento:** | **Mes de Reporte:** Elija un elemento. |
| **Fecha de Corte del informe:** Seleccione fecha. |
| **Licencia Sanitaria de Funcionamiento N°:** | **Tipo de autorización:** Elija un elemento. |
| **Categoría de Licencia Sanitaria de Funcionamiento:** Elija un elemento. |
| **Dirección del establecimiento:** |
| **CONTROL DE EXISTENCIAS** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Genérico** | **Nombre Comercial y Concentración** | **Presentación** | **Laboratorio Fabricante** | **País** | **Existencia Anterior** | **Ingreso** | **Egreso**  | **Existencia Actual** |
| **Importado** | **Devolución** | **Deterioro** | **Ventas** | **Orden de producción**  |
| **Origen** | **Despacho** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** | **Unidades** | **Gramos** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:** |

## ANEXO VIII

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME TRIMESTRAL DE EXISTENCIAS PARA MUESTRAS MÉDICAS** |
| **Razón social y Nombre Comercial del establecimiento:** | **Meses de Reporte:** Elija un elemento. |
| **Fecha de Corte del informe:** Seleccione fecha. |
| **Licencia Sanitaria de Funcionamiento N°:** | **Tipo de autorización:** Elija un elemento. |
| **Dirección del establecimiento:** |
| **CONTROL DE EXISTENCIAS** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº Registro del Producto** | **Nombre Comercial Producto** | **Nombre Genérico** | **Presentación** | **Titular del Producto** | **Existencia Anterior** | **Ingreso** | **Egreso** | **Existencia Actual** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:**  |

## ANEXO IX

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME DE VISTADORES MEDICOS**  |
| **Razón social y Nombre Comercial del establecimiento:** | **Meses de Reporte:** Elija un elemento. |
| **Fecha de Corte del informe:** Seleccione fecha. |
| **Licencia Sanitaria de Funcionamiento N°:** | **Tipo de autorización:** Elija un elemento. |
| **Dirección del establecimiento:** |
| **CONTROL DE VISITADORES**  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código Sanitario**  | **Nombre y apellido**  | **Profesión**  | **Titular del Producto** | **Material publicitario utilizado**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:**  |

1. Remitir el presente Formato a las siguientes direcciones de correos electrónicos: infofarmacia@minsa.gob.ni y infoanrs@minsa.gob.ni con copia a farmaciadir@minsa.gob.ni y div-far@minsa.gob.ni [↑](#footnote-ref-2)