



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS
Y
EN VICTORIAS!**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE CONSUMIDORES DE PEGAMENTOS
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



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

**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	Distribuidor	Uso de la Sustancia	Existencia Anterior	Ingreso	Egreso	Saldo

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