**DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO SANITARIO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS PARA LA SALUD HUMANA**

**SECCIÓN DE BIOEQUIVALENCIA**

**CONTROL DE INGRESO DE SOLICITUDES**

**(Favor llenar en formato digital)**

**Fecha de Recepción de expedientes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del usuario que presenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**Imprenta)

**Identidad personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Número)

**PRODUCTOS: MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS PARA LA SALUD HUMANA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO** | **REGISTRO SANITARIO** | **N° CASO** | **N° SOLICITUD** |
| **1** |   |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |

**Total de Trámites: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre legible del responsable del trámite:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del responsable del trámite:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARA CONTROL EN VENTANILLA**

**Funcionario que recibe expedientes:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Total de Trámites: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**