|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LLENE EL FORMULARIO DE MANERA ELECTRÓNICA** | | | | | | | |
| **SOLICITUD No.:** Pulse aquí para escribir texto. | | | | **CASO No.:** Pulse aquí para escribir texto. | | | |
| **NOMBRE DEL PRODUCTO:**  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | |
| 1. **Tipo de trámite.** | | | | | | | |
|  | 1. **Documentos adjuntos para atender las observaciones.** | | | | | | **Uso de F y D** |
| **1.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| **2.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| **3.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| **4.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| **5.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| **6.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| **7.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| **8.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| **9.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| **10** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |  |
| 1. **Farmacéutico responsable del trámite.** | | | | | | | |
| Nombre.  Escribe el nombre. | | | No. de cédula:  Escribe aquí. | | No. de Idoneidad:  Escribe aquí. | | |
| Firma: | | | | | | | |
| 1. **PARA USO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS** | | | | | | | |
| **Ingreso de la solicitud:** | | **Firma del funcionario que recibe:** | | | | **Fecha:** | |
| APROBADA  RECHAZADA | |  | | | |  | |