



## DIRECCIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS

**SOLICITUD PARA LA EMISIÓN DE PERMISO DE IMPORTACIÓN DE PRECURSORES O PRODUCTOS QUÍMICOS**

**Señor Director**  
**Dirección Nacional de Medicamentos:**

Yo, \_\_\_\_\_

☐ Químico Farmacéutico ☐ Ingeniero Químico, inscrito bajo el número \_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_

Actuando en calidad de: ☐ Regente ☐ Profesional Responsable

De: ☐ Droguería ☐ Laboratorio ☐ Importador

Nombre del Importador \_\_\_\_\_

Inscrito en la DNM bajo el número \_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_

Con sistema para el manejo de sustancias y productos controlados autorizado bajo el número \_\_\_\_\_

Y vigente hasta \_\_\_\_\_

En cumplimiento a lo establecido en los Arts.1, 6 literales j) y q) y Art. 68 de la Ley de Medicamentos, Art. 15 del Reglamento General de la Ley de Medicamentos, Art. 69 del Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y Agregados y Art. 31 de la Convención Única de Estupefacientes de 1961. A usted atentamente solicito autorización para importar:

Nombre comercial \_\_\_\_\_

Cantidad a importar (en número y letras) \_\_\_\_\_

Nombre de sustancia activa \_\_\_\_\_

Concentración de sustancia activa \_\_\_\_\_

Presentación \_\_\_\_\_

País de origen y procedencia (de la sustancia o producto) \_\_\_\_\_

Amparado en factura de importación número (factura, pro-forma) \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_

Transporte (Vía): ☐ Aérea ☐ Terrestre ☐ Marítima

Punto de ingreso (Aduana) \_\_\_\_\_

Itinerario (desde origen hasta bodega del importador) \_\_\_\_\_

Al cual se le dará el uso (justificación) \_\_\_\_\_



## DIRECCIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Exportado por \_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_

Punto de salida del país exportador \_\_\_\_\_

Operador (si aplica) \_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CUANDO EL DOCUMENTO NO SE PRESENTE POR EL FIRMANTE, DEBE COMPLETAR EL SIGUIENTE CUADRO:**

Autorizo al Sr(a). \_\_\_\_\_, con DUI No. \_\_\_\_\_ Para  
realizar el trámite correspondiente ante la DNM.

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA \_\_\_\_\_

Santa Tecla, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Sello del establecimiento  
Autorizado por la DNM.  
Teléfono:

Firma y sello del Regente.  
DUI:  
Teléfono:  
Correo electrónico:

**NOTA:** En caso de que la solicitud no sea presentada por firmante, deberá ser autenticada ante notario, de conformidad a normativa vigente.

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA DNM:**

FECHA DE RECEPCIÓN:

RECIBIDO POR:

FIRMA: