**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**CENTRO PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS (CECMED)**

**TRÁMITE DE SOLICITUD DE OBTENCIÓN, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA LICENCIA SANITARIA DE OPERACIONES FARMACÉUTICAS (LSOF).**

|  |
| --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DEL CECMED** |
| **Número de entrada:** | **Fecha de recepción:**(aaaa-mm-dd) | **Firma:** |
| **Evaluación Preliminar** |
| **Realizada por:** | **Fecha:**(aaaa-mm-dd) | **Firma:** |
| **Decisión** | **Notificada a** | **Fecha** |
| Aceptación |  | (aaaa-mm-dd) |
| Rechazo |  | (aaaa-mm-dd) |

|  |
| --- |
| **PARA USO DEL SOLICITANTE** |
| **Nombre del titular de la LSOF:** |
| **Teléfono(s):** | **Fax:** | **Correo electrónico:** |
| **Dirección del titular de la LSOF:** |
| **Nombre y dirección de la persona de contacto para el trámite:** |
| **Teléfono(s):** | **Fax:** | **Correo electrónico:** |
| **Paso(s) del proceso para el que se solicita la LSOF:** |
| **ADJUNTOS:** Expediente Maestro de la Organización SI NO  Constancia de pago de la cuota de inscripción SI NO Fecha: (aaaa-mm-dd) |
| **Para los casos de renovación de LA LSOF:** |
| **Licencia No.:** | **Vigente hasta:** |
| **ADJUNTOS:** Expediente Maestro de la Organización SI NO  Declaración de ausencia de cambios SI NO  Constancia de pago de la cuota de renovación SI NO Fecha: (aaaa-mm-dd)  |
| **Para los casos de modificación de la LSOF:** |
| **Licencia No.:** | **Vigente hasta:** |

|  |
| --- |
| **Justificación de la modificación solicitada:** |
| **Aspectos que se modifican:** |
| **ADJUNTOS:** Expediente Maestro de la Organización SI NO  Declaración de ausencia de otros cambios SI NO  Constancia de pago de la cuota de modificación  SI NO  Fecha: (aaaa-mm-dd)  |

El solicitante de la Licencia Sanitaria de Operaciones Farmacéuticas **DECLARA** que la información anteriormente descrita es verídica y coincide exactamente con la documentación que se adjunta.

**Fecha de la solicitud:** (aaaa-mm-dd)

**Firma del solicitante:**