

PRELIMINARES

OBLIGATORIO

1 SI

ACCION

PREINSCRIPCIÓN

PERSONERÍA DE LA EMPRESA

1 SELECCIONAR

RUBRO DE EMPRESA

1 SELECCIONAR

ACTIVIDAD DE EMPRESA

1 SELECCIONAR

CAEB

1 SELECCIONAR

ARANCEL A PAGAR

DESPLEGADO

DATOS A INGRESAR:

NIT

1 INGRESAR

Nombre

1 INGRESAR

N° Carnet de Identidad

1 INGRESAR

Fecha de Nacimiento

1 INGRESAR

Lugar de Nacimiento

1 INGRESAR

Domicilio

1 INGRESAR

Celular

1 INGRESAR

Correo electrónico

1 INGRESAR

EL MODULO GESTOR DE ROLES Y PERFILES DE USUARIO GENERARÁ UNOS ACCESOS TEMPORALES DE INGRESO EXCLUSIVO AL TRÁMITE DE INSCRIPCIÓN

FORMULARIO VIRTUAL DE INSCRIPCION EN EL MODULO

RUBRO A: DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

ACCION

NIT

1 DESPLEGAR

PERSONERÍA

DESPLEGAR

NOMBRE (EMPRESA UNIPERSONAL):

Primer Apellido

2 DESPLEGAR

Segundo Apellido

2 DESPLEGAR

Apellido de Casada

2 DESPLEGAR

Nombres

2 DESPLEGAR

RAZON SOCIAL ENTIDAD JURÍDICA:

Tipo de empresa o entidad

1 DESPLEGAR

Denominación social

2 DESPLEGAR

Sigla registrada en el SIN

2 DESPLEGAR

Rótulo Comercial

2 DESPLEGAR

DIRECCIÓN DE LA OFICINA PRINCIPAL:

Departamento

1 SELECCIONAR:

Municipio

1 SELECCIONAR:

Ciudad

1 SELECCIONAR:

Zona - Barrio

1 INGRESAR

Calle - Avenida

1 INGRESAR

Casa - Edificio - Piso

1 INGRESAR

Número

1 INGRESAR

DATOS DE CONTACTO:

Teléfono fijo	0 INGRESAR
Celular del dueño o socio principal	1 INGRESAR
Página web	0 INGRESAR

COORDENADAS DE GEOLOCALIZACIÓN:

Latitud	1 INGRESAR
Longitud	1 INGRESAR
	2 INGRESAR

ACTIVIDAD DE LA EMPRESA 1 MARCAR VARIOS

PRODUCTOS CON LOS QUE OPERARÁ LA EMPRESA:

Medicamentos	2 MARCAR VARIOS
Dispositivos médicos	2 MARCAR VARIOS
Equipos médicos	2 MARCAR VARIOS
Productos odontológicos	2 MARCAR VARIOS
Implantes o prótesis de uso humano	2 MARCAR VARIOS
Cosméticos	2 MARCAR VARIOS
Productos de higiene doméstica	2 MARCAR VARIOS
Productos absorbentes de higiene personal	2 MARCAR VARIOS
Reactivos de diagnóstico	2 MARCAR VARIOS
Vacunas	2 MARCAR VARIOS
Materia prima	2 MARCAR VARIOS
Productos homeopáticos	2 MARCAR VARIOS

RUBRO B: DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.I. - PASAPORTE EXTRANJERO)	1 INGRESAR
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	

Primer Apellido	1 DESPLEGAR
Segundo Apellido	1 DESPLEGAR
Apellido de Casada	
Nombres	1 DESPLEGAR

PODER NOTARIAL

Número del Poder	1 INGRESAR
Fecha del Poder	1 INGRESAR
Número de la Matrícula del Notario	1 INGRESAR

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Departamento	1 SELECCIONAR:
Municipio	1 SELECCIONAR:
Ciudad	1 SELECCIONAR:
Zona - Barrio	1 INGRESAR
Calle - Avenida	1 INGRESAR
Casa - Edificio - Piso	1 INGRESAR
Número	1 INGRESAR

DATOS DE CONTACTO:

Teléfono fijo	0
Celular	1

FECHA DE TERMINACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL 0

RUBRO C: DATOS DEL PERSONAL RESPONSABLE EN LA EMPRESA

RUBRO DE UNO A F

RELACIÓN CONTRACTUAL	1 SELECCIONAR:
----------------------	----------------

	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.I.)	1
NOMBRE		
	Primer Apellido	1 DESPLEGAR
	Segundo Apellido	1 DESPLEGAR
	Apellido de Casada	
	Nombres	1 DESPLEGAR
DATOS PROFESIONALES:		
	Profesión	1 INGRESAR
	Número de Matrícula Profesional del Ministerio de Salud	1 INGRESAR
	Número del Título en Provisión Nacional	1 INGRESAR
	Fecha del Título en Provisión Nacional	1 INGRESAR
CONTRATO VIGENTE		
	Número de Contrato	1 INGRESAR
	Fecha del Contrato	1 INGRESAR
	Número de Afiliación a la AFP	2 INGRESAR
	Nro. de Poder para realizar trámites	
	Fecha de Cancelación del Poder	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA		
	Departamento	1 SELECCIONAR:
	Municipio	1 SELECCIONAR:
	Ciudad	1 SELECCIONAR:
	Zona - Barrio	1 INGRESAR
	Calle - Avenida	1 INGRESAR
	Casa - Edificio - Piso	1 INGRESAR
	Número	1 INGRESAR
DATOS DE CONTACTO:		
	Teléfono fijo	0 INGRESAR
	Celular	1 INGRESAR
	Correo electrónico	1 INGRESAR
CONTROL DE VIGENCIA:		
	Fecha de registro inicial	0 DESPLEGAR
	Fecha de Acreditación	0 DESPLEGAR
	Fecha de notificación de cese laboral	2 INGRESAR
	Fecha de cese de oficio	0 DESPLEGAR
	Fecha real de cese laboral	2 DESPLEGAR

RUBRO D: DATOS DE ESTABLECIMIENTOS HABILITADOS

	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	1 SELECCIONAR:
DIRECCIÓN Y UBICACIÓN		
	Departamento	1 SELECCIONAR:
	Municipio	1 SELECCIONAR:
	Ciudad	1 SELECCIONAR:
	Zona - Barrio	1 INGRESAR
	Calle - Avenida	1 INGRESAR
	Casa - Edificio - Piso	1 INGRESAR
	Número	1 INGRESAR
COORDENADAS DE GEOLOCALIZACIÓN:		
	Latitud	1 INGRESAR

Longitud 1 INGRESAR

DATOS DE CONTACTO:

Documento de identidad 1 INGRESAR
Nombre del responsable 1 DESPLEGAR
Teléfono fijo 1 INGRESAR
Celular 1 INGRESAR
Correo electrónico 1 INGRESAR

CONTROL DE VIGENCIA:

Fecha de registro inicial 0 DESPLEGAR
Fecha de Alta 1 INGRESAR
Fecha de notificación de cierre 2

CONTROL DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA:

Número del Acta de Inspección para BPM 2 DESPLEGAR
Fecha del Acta de BPM 2 DESPLEGAR

CONTROL DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAJE:

Número del Acta de Inspección para BPA 2 DESPLEGAR
Fecha del Acta de BPA 2 DESPLEGAR

RUBRO E: DATOS DE REPRESENTACIONES INTERNACIONALES DE PRODUCTO TERMINADO

REGISTRO SANITARIO 2 INGRESAR
NOMBRE DEL PRODUCTO TERMINADO 1 INGRESAR
NIT O EQUIVALENTE DEL OTORGANTE DE LA REPRESENTACIÓN 1 INGRESAR
RAZON SOCIAL DEL TITULAR QUE OTORGA LA REPRESENTACION 1 INGRESAR
FECHA DE OTORGACIÓN DE LA REPRESENTACION 1 INGRESAR
FECHA FINALIZACIÓN DE LA REPRESENTACION 2 INGRESAR
DIRECCIÓN LEGAL 1 INGRESAR
CORREO ELECTRÓNICO 1 INGRESAR
TELEFONO OFICINA PRINCIPAL 1 INGRESAR
DEPARTAMENTO ESTADO REGION PROVINCIA 1 INGRESAR
PAIS 1 INGRESAR

RUBRO F: DATOS DE LICENCIAMIENTO DE FABRICACIÓN

REGISTRO SANITARIO 2 INGRESAR
NOMBRE DEL OBJETO DE LA LICENCIA (PRODUCTO) 1 INGRESAR
NIT O EQUIVALENTE DE QUIEN OTORGA LA LICENCIA 1 INGRESAR
RAZON SOCIAL DEL TITULAR QUE OTORGA LA LICENCIA 1 INGRESAR
FECHA DE OTORGACIÓN DE LA LICENCIA 1 INGRESAR
FECHA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA 0 INGRESAR
DIRECCIÓN LEGAL 1 INGRESAR
CORREO ELECTRÓNICO 1 INGRESAR
TELEFONO OFICINA PRINCIPAL 1 INGRESAR
DEPARTAMENTO ESTADO REGION PROVINCIA 1 INGRESAR
PAIS 1 INGRESAR

RUBRO G: DATOS DE ESTABLECIMIENTOS SUBCONTRATADOS

TIPO DE SUBCONTRATACIÓN 1 SELECCIONAR:
NIT DEL SUBCONTRATADO 1 INGRESAR
RAZON SOCIAL 1 DESPLEGAR
FECHA DE LA SUBCONTRATACIÓN 1 INGRESAR

FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA SUBCONTRATACIÓN	0	INGRESAR
DIRECCIÓN Y UBICACIÓN		
Departamento	1	INGRESAR
Municipio	1	INGRESAR
Zona - Barrio	1	INGRESAR
Calle - Avenida	1	INGRESAR
Casa - Edificio - Piso	1	INGRESAR
Número	1	INGRESAR
COORDENADAS DE GEOLOCALIZACIÓN:		
Latitud	1	INGRESAR
Longitud	1	INGRESAR
DATOS DE CONTACTO:		
Documento de identidad	1	INGRESAR
Nombre del responsable	1	DESPLEGAR
Teléfono fijo	1	INGRESAR
Celular	1	INGRESAR
Correo electrónico	1	INGRESAR

0 NO

2 CONDICIONAL A

JURIDICA	UNIPERSONAL	PERSONA NATURAL	
MEDICAMENTOS	COSMETICOS	NUTRICIONALES	DISPOSITIVOS MEDICOS
LABORATORIO	IMPORTADOR	DISTRIBUIDOR	COMERCIALIZADOR

IPCIÓN ENVIANDO AL CORREO ELECTRÓNICO LA ORDEN DE PAGO, LOS REQUISITOS, EL USUARIO Y LA CONTRASEÑA, Y EL HIPERVINC

REGISTRO DE EMPRESAS

1

JURIDICA	UNIPERSONAL	PERSONA NATURAL
----------	-------------	-----------------

S.A.	SRL	ORGANISMO INTERNAC	PROGRAMA
EVALUAR SI LA OBLIGATORIEDAD DE LOS RUBRO			
EVALUAR SI LA OBLIGATORIEDAD DE LOS DATOS			

9 DEPARTAMENTOS
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO
CIUDADES DEL MUNICIPIO

LABORATORIO	IMPORTADOR	DISTRIBUIDOR	COMERCIALIZADOR
-------------	------------	--------------	-----------------

--

9 DEPARTAMENTOS
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO
CIUDADES DEL MUNICIPIO

ENE			
REGENTE FARMACEÚTICO	DIRECTOR TECNICO	RESPONSABLE DE CALID	RESPONSABLE TECNICO

9 DEPARTAMENTOS
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO
CIUDADES DEL MUNICIPIO

RUBRO DE UNO A ENE			
LABORATORIO INDUSTRIAL	LABORATORIO INDUSTRIAL	LABORATORIO ARTESANAL	ALMACEN

9 DEPARTAMENTOS
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO
CIUDADES DEL MUNICIPIO

EVALUAR PARA LOS CASOS DE REINSPECCIONES O ACTUALIZACIONES O A

RUBRO DE UNO A ENE

RUBRO DE UNO A ENE

RUBRO DE UNO A ENE			
FABRICACIÓN	CONTROL DE CALIDAD	ENVASE O EMPAQUE	ALMACENAJE

NATURALES

REACTIVOS

DISPOSITIVOS ODONTOLÓGICOS PRODUCTOS PRODUCTOS

ULO AL MISQ PARA QUE COMPLETE EL TRÁMITE DE INSCRIPCION

HOSPITAL CLINICA

S ES IGUAL PARA ESTAS PARAMETRICAS
DE LOS RUBROS ELEGIDOS ES IGUAL PARA ESTAS PARAMETRICAS



RESPONSABLE DE ALMACENES

AUDITORIAS

DE HIGIENE DOMESTICA

