|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | FORMATO 1 A **SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA PARA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO DE NO OBJECION CNO** | | | | |
| LOGO DEL ESTABLECIMIENTO | | | IMPORTACIÓN | | | | |
|  | | | EXPORTACIÓN | | | | |
| PARTE I. INFORMACIÓN DEL IMPORTADOR SOLICITANTE | | | | | | | |
| 1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA  LABORATORIO IMPORTADOR OTROS | | | | | | | |
| 2. NOMBRE O RAZON SOCIAL | | | | 3. R.U.C. N° | | | |
| 4. DOMICILIO LEGAL Av. / Calle / Jr. | | | | | | 5. N° | |
| 6. DEPARTAMENTO | 7. TELEFONO | 8. FAX | | | 9. CORREO ELECTRÓNICO | | |
| 10. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL | | | | | 11. TELEFONO | | |
| 12. NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO | | | | | 13. N° R. P. | | 14. TELEFONO |
| PARTE II. INFORMACIÓN DEL EXPORTADOR | | | | | | | |
| 1. NOMBRE | | | | | | | |
| 2. DOMICILIO | | | | | | 3. PAIS | |
| 4. OBSERVACION | | | | | 5 CORREO ELECTRÓNICO | | |
| PARTE III. INFORMACIÓN DE LA SUSTANCIA O DEL MEDICAMENTO A IMPORTAR | | | | | | | |
| 1. TIPO DE PRODUCTO A IMPORTAR  SUSTANCIA PRODUCTO TERMINADO ESTANDAR DE REFERENCIA | | | | | | | |
| **2. CLASIFICACION DEL PRODUCTO A IMPORTAR**  ESTUPEFACIENTE PSICOTROPICO  | | | | | | | |
| **3.** NOMBRE DE LA SUSTANCIA / COMERCIAL | | | | | | | |
| 4. CANTIDAD DEL MEDICAMENTO O SUSTANCIA A IMPORTAR | | | 5. FORMA DE PRESENTACION | | | | |
| 6. NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO (D.C.I.) | | | 7.CONCENTRACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO POR DOSIS POSOLOGICA | | | | |
| 8. EQUIVALENCIA EN BASE DEL PRINCIPIO ACTIVO POR FORMA FARMACEUTICA | | | 9. EQUIVALENCIA TOTAL EN BASE DEL PRINCIPIO ACTIVO | | | | |
| 10. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO | | | 11. FECHA DE VENCIMIENTO DEL REGISTRO SANITARIO | | | | |
| 12. VIA DE TRANSPORTE  AEREA MARÍTIMA TERRESTRE | | | | | | | |
| PARTE IV. CANTIDAD TOTAL DE LA SUSTANCIA EN GRAMOS | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Peso de Sustancia en (g) / (mg) | Constante  % | Vencimiento del Producto | Peso de Sustancia en Base (g) (MG) |
|  |  |  |  |

**SE ADJUNTA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOCUMENTOS | **SI** | **NO** |
| COPIA SIMPLE DE LA FACTURA PROFORMA DEL PROVEEDOR, ESPECIFCIAR N° Y FECHA |  |  |
| COPIA DEL REGISTRO SANITARIO, EN CASO DE PRODUCTO TERMINADO |  |  |
| COPIA AUTENTICADA DE INSCRIPCION EN EL REGIDTRO NACIONAL DE DROGAS |  |  |
| COPIA AUTENTICADA DE INSCRIPCION EN LA SENAD |  |  |
| EN CASO DE PRIMER LOTE – COPIA DE CONSTANCIA AUTENTICADA |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Q.F. RESPONSABLE REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO FIRMA Y NOMBRE COMPLETO R. P. N° SELLO DE LA EMPRESA