 <b>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</b>	<b>PROCESO</b>	<b>GESTIÓN DE LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	<b>Código</b>	<b>GIPF01</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>Solicitud de permiso para experimentación de plaguicidas</b>	<b>Versión</b>	<b>01</b>


Con base legal en el artículo 11 de la Decisión 804 de 2015 de la Norma Andina para el Registro y Control de Plaguicidas Químicos de Uso Agrícola.

**CAMPO PARA RADICACIÓN DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

DATOS DEL SOLICITANTE					
Nombre o Razón Social					
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		No.			
Dirección de notificación			Departamento	Ciudad	
Correo electrónico			Teléfono	Fax	
DATOS DEL PRODUCTO PLAGUICIDA					
Nombre					
Presentación					

INFORMACIÓN REQUERIDA	LISTA DE VERIFICACIÓN				
	PARA EL SOLICITANTE		PARA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		
1	Nombre, dirección e identidad del solicitante del permiso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2	Nombre, dirección y datos de identificación del fabricante, formulador o importador.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3	Nombre del producto, si lo hubiera.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4	Nombre común del plaguicida.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5	Nombre químico.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6	Formula estructural.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7	Composición química: ingredientes activos y aditivos (descripción y contenido).	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8	Características físicas y químicas.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9	Tipo de formulación.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10	Cantidad de producto requerido o a importarse.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11	Protocolo de ensayo de eficacia, de conformidad con lo dispuesto en el Manual Técnico.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12	Indicaciones sobre toxicidad aguda oral, dermal e inhalatoria, toxicidad subcrónica de 90 días y toxicidad crónica y pruebas de mutagénesis, mínimo 2, Neurotoxicidad cuando fuere aplicable.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
13	Información sobre ecotoxicidad del producto, toxicidad aguda en aves, organismos acuáticos y abejas.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14	Información sobre estudios básicos de residualidad, degradabilidad y persistencia.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
15	Precauciones de uso.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
16	Elementos de protección para el manejo y controles de salud de los aplicadores.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
17	Tratamiento y disposición de desechos y residuos.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
18	Forma de eliminación de los cultivos tratados.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
19	Recomendaciones para el médico y tratamientos.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES DE VALIDACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL:**

 <b>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</b>	<b>PROCESO</b>	<b>GESTIÓN DE LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	<b>Código</b>	<b>GIPF01</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>Solicitud de permiso para experimentación de plaguicidas</b>	<b>Versión</b>	<b>01</b>

<b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL QUE VERIFICÓ Y VALIDÓ LA INFORMACIÓN</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE</b>				
Nombre: _____			Firma: _____	
C.C No: _____				
Fecha de solicitud	DD	MM	AAAA	Numero de folios anexados