	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF07
	Formato	Transporte de productos derivados de cannabis	Versión	01

INFORMACIÓN DEL ORIGEN DE LA MERCANCÍA				
--	--	--	--	--

Nombre o Razón Social				
Nombre Representante Legal				
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	No.			
Tipo de Visa (si aplica)		No. de Visa		Vencimiento
Dirección del lugar de remisión	Departamento del lugar de remisión		Municipio del lugar de remisión	
Correo electrónico	Teléfono y/o celular		Fax	
Apoderado (si aplica)				
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	No.	No. de Visa		Vencimiento
Dirección de notificación (7)	Departamento		Municipio	
Correo electrónico	Teléfono y/o celular		Fax	

MODALIDAD DE LA(S) LICENCIA(S) DE FABRICACION OTORGADA(S)				
---	--	--	--	--

Fabricación de derivados de Cannabis para uso nacional	<input type="checkbox"/>	Fabricación de derivados de Cannabis para investigación científica	<input type="checkbox"/>	Fabricación de derivados de Cannabis para exportación	<input type="checkbox"/>
No. Licencia		No. Licencia		No. Licencia	

INFORMACIÓN DEL DESTINO DE LA MERCANCÍA				
---	--	--	--	--

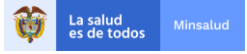
Número de la Licencia del destinatario (3)				
Nombre o Razón Social				
Nombre Representante Legal				
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	No.			
Tipo de Visa (si aplica)		No. de Vi		Vencimiento
Dirección del lugar de destino	Departamento de destino		Municipio de destino	
Correo electrónico	Teléfono y/o celular		Fax	

INFORMACIÓN DE LA MERCANCÍA TRANSPORTADA			
--	--	--	--

	TIPO DE CANNABIS	APLICA	CANTIDAD	UNIDAD (Kg.- g.- l. – ml. –oz.)
1	Derivado de cannabis psicoactivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2	Cannabis psicoactivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

INFORMACIÓN DEL TRANSPORTE			
----------------------------	--	--	--

Tipo y No. de documento que soporta la transacción		Fecha:	
Número de remesa		Fecha:	
Empresa de transporte (si aplica)			

	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF07
	Formato	Transporte de productos derivados de cannabis	Versión	01

INFORMACIÓN DEL TRANSPORTE					
Nombre del conductor		No. documento de identificación			
		No. de licencia de conducción			
Placa del vehículo		Marca del vehículo		Tipo de vehículo	
Fecha de envío			Fecha límite de entrega		

CONFIRMACIÓN DE REMISIÓN Y ENTREGA							
REMITENTE: REPRESENTANTE LEGAL, TITULAR O DELEGADO				DESTINATARIO REPRESENTANTE LEGAL, TITULAR O DELEGADO			
Firma: _____				Firma: _____			
Nombre: _____				Nombre: _____			
C.C No: _____				C.C No: _____			
Fecha de remisión	AAAA	MM	DD	Fecha de recibido	AAAA	MM	DD