|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha: |  |

1. **ACTIVIDADES OBJETO DE LA CALIFICACIÓN**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 numeral 5 de la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de la Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas sujetas a Fiscalización, solicito se me conceda la CALIFICACIÓN para el manejo de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización para las siguientes actividades:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **SOLICITUD** | **FORMULARIO ADICIONAL A EMPLEAR** |
| Importación/Exportación | ☐ | FO-DCSC-UE-002 |
| Comercialización/Distribución | ☐ | FO-DCSC-UE-003 |
| Almacenamiento | ☐ | FO-DCSC-UE-004 |
| Producción | ☐ | FO-DCSC-UE-005 |
| Transporte | ☐ | FO-DCSC-UE-006 |
| Prestación de Servicios Industriales no Farmacéuticos | ☐ | FO-DCSC-UE-007 |
| Reciclaje | ☐ | FO-DCSC-UE-008 |
| Reutilización | ☐ | FO-DCSC-UE-009 |
| Uso | ☐ | FO-DCSC-UE-010 |

1. **INFORMACIÓN CONTABLE**

**PERSONA NATURAL ☐ PERSONA JURÍDICA ☐ ENTIDAD PÚBLICA ☐**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre / Razón Social |  |
| RUC |  |
| Actividades Económicas SRI |  |
| Actividad Económica SRI (que respalde en manejo de sustancias catalogadas) |  |
| N° Establecimientos registrados en el SRI (abiertos en donde se manejarán sustancias catalogadas) |  |

1. **INFORMACIÓN LEGAL**

**3.1 DOCUMENTOS DE CONSTITUCIÓN/ PERSONA JURÍDICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° Expediente de la Superintendencia de Compañías |  | Fecha de constitución de la empresa |  |
| N° de Inscripción en el Registro Mercantil |  | Fecha de Registro |  |
| *Situación Legal* | | Activa ☐ | |

**3.2 DOCUMENTOS DE CONSTITUCIÓN/ ENTIDAD PÚBLICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Acto de creación institucional: | Fecha: |
| No. Registro Oficial: | Fecha: |

**3.3 AUTORIZACIONES PARA TRANSPORTE TERRESTRE/PERSONA NATURAL/JURÍDICA/ENTIDAD PÚBLICA**

DOCUMENTOS  OTORGADOS POR LA AGENCIA NACIONAL DE TRANSITO-ANT U OTRAS ENTIDADES DE CONTROL DE TRANSPORTE TERRESTRE DE MERCADERÍA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Permiso Operaciones |  | Nro. |  |
| Autorización por Cuenta Propia |  | Nro. |  |
| Otros - Especifique | | ……………………………………………. | |

* 1. **.1 APLICA PARA TRANSPORTE TERRESTRE INTERNACIONAL DE SCSF (DATOS DE CIA. TRANSPORTE ECUATORIANA Y EXTRANJERA)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Permiso Originario-PO |  | Nro. |  |
| Lugar y fecha expedición |  | Fecha de vencimiento |  |
| Certificado de Idoneidad-CI |  | Nro. |  |
| Lugar y fecha expedición |  | Fecha de vencimiento |  |
| Permiso de Prestación de Servicios / PPS |  | Nro. |  |
| Lugar y fecha expedición |  | Fecha de vencimiento |  |

**PO: Permiso Originario ( Decisión CAN 837)**

**PPS: Permiso de prestación de servicios / CI: Certificado de Idoneidad (Segunda Disposición transitoria Dec. 837)**

1. **INFORMACIÓN DE REPRESENTANTES DE LA EMPRESA (Persona Natural/Jurídica/Entidad Pública)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Representante Legal** | | |
| Apellidos y Nombres |  | | |
| Cédula /Pasaporte |  | | |
| Nacionalidad |  | | |
| Correo electrónico |  | | |
| Dirección domiciliaria |  | | |
| Referencia domicilio |  | | |
| Teléfono domicilio |  | | |
| Teléfono celular |  | | |
| Teléfono oficina - extensión |  | | |
| \*Nº Inscripción Reg. Mercantil |  | Fecha |  |

**\*Solo para personas jurídicas**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Representante Técnico: para Categorías 2\*,3,4,5, 6** |
| Apellidos y Nombres |  |
| Cédula /Pasaporte |  |
| No. de Registro de Representante Técnico del Ministerio del Interior |  |

**Si no dispone de la aprobación del examen de Conocimiento en el Control de Sustancias Químicas Sujetas a Fiscalización y Vigilancia, adjuntar formulario (FO-DCSC-UE-041)**

**Si no dispone de No. de registro de MDI, adjuntar formulario para Registro de Representante Técnico (FO-DCSC-UE-040)**

**\*Manejo de Permanganato de potasio y Anhídrido Acético**

**No aplica Representante Técnico para entidades que son exclusivamente de transporte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Bodeguero ☐ Responsable de logística ☐** | |
| Apellidos y Nombres |  | |
| Cédula /Pasaporte |  | |
| Nacionalidad |  | |
| Correo electrónico |  | |
| Dirección domiciliaria |  | |
| Referencia domicilio |  | |
| Teléfono domicilio |  | |
| Teléfono celular |  | |
| Teléfono oficina - extensión |  | |
| Fecha de nombramiento | Contrato: | Adendum: |

**Bodeguero: Requisito obligatorio** **para todas las categorías y todas las actividades excepto transporte**

**Responsable de Logística: para actividad de transporte**

1. **INFORMACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA** 
   1. **Establecimientos principales y adicionales**

Oficinas (O), bodegas (B), Bodega/Planta (B/P), y sucursales (S) donde se manejarán sustancias catalogadas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Detalle** | **Provincia**  **Cantón**  **Parroquia** | **Dirección**  **Calle principal, numeración y**  **calle secundaria** | **Referencia** | **Teléfono** |
| **1** | O☐ B ☐ B/P ☐ S ☐ |  |  |  |  |
| **2** | O☐ B ☐ B/P ☐ S ☐ |  |  |  |  |
| **3** | O☐ B ☐ B/P ☐ S ☐ |  |  |  |  |

**Añadir filas de existir más establecimientos**

Oficinas (O), bodegas (B), bodega/planta (B/P), y sucursales (S) donde se manejen sustancias catalogadas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Establecimiento** | **Instalaciones** | **Nº contrato/Fecha inscripción Registro Propiedad** | **Coordenadas Geográficas** | |
| **Lat.** | **Long.** |
| **1** | O☐ B ☐ B/P ☐ S ☐ | Propia ☐ Arrendada ☐ Otros☐ |  |  |  |
| **2** | O☐ B ☐ B/P ☐ S ☐ | Propia ☐ Arrendada ☐ Otros☐ |  |  |  |
| **3** | O☐ B ☐ B/P ☐ S☐ | Propia ☐ Arrendada ☐ Otros☐ |  |  |  |

**Añadir filas de existir más establecimientos**

**Se establece como SUCURSAL al establecimiento donde se facturen sustancias catalogadas sujetas a fiscalización (comercializadoras)**

* 1. **Croquis de ubicación Oficina, Bodega, Bodega/planta, Sucursal**

|  |
| --- |
| Utilizar imágenes captura de software de mapas como google maps, bing maps u otros |

1. **INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD**

**(NO aplica para personas naturales o jurídicas que se califiquen exclusivamente para TRANSPORTE)**

**6.1 Localización de la empresa**

|  |  |
| --- | --- |
| * Perímetro rural |  |
| * Perímetro urbano |  |
| * Zona residencial |  |
| * Zona comercial |  |
| * Zona industrial |  |
| * Aeropuerto |  |
| * Bodega |  |
| * Edificio |  |
| * Universidad, colegio |  |
| * Planta |  |
| * Centro médico |  |
| * Laboratorio |  |

**6.2. Infraestructura**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción** | **Área** |
| Área de terreno (m2) |  |
| Área construida (m2) |  |
| Área de almacenamiento (m2) |  |
| Área de planta/laboratorio(m2) |  |
| \*Capacidad volumétrica de almacenamiento |  |

**\*Aplica únicamente para almacenamiento de líquidos a granel**

* 1. **. Seguridad física e industrial** 
     1. **Permiso de los Bomberos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de seguridad** | | | | | | | | **SI** | | **NO** |
| 1 | | Dispone de permiso de Bomberos | | | | | |  | |  |
|  | **Si no dispone del permiso de Bomberos indique el motivo:** | |  |  |  |  |  | |  | | |  |

* + 1. **Seguridad física**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de seguridad** | | **SI** | **NO** |
| 1 | Cerramiento |  |  |
| 2 | Malla eléctrica |  |  |
| 3 | Guardianía |  |  |
| 5 | Alarmas |  |  |
| 7 | Sensores de movimiento |  |  |
| 8 | Circuito Cerrado |  |  |
| 9 | Otros |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Observaciones:** |  |  |  |  |  |  |  |

* + 1. **Seguridad Industrial**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sistemas Implementados** | | **SI** | **NO** | **Detalle** |
| 1 | Plan de contingencia o plan de manejo de SCSF |  |  |  |
| 2 | Ventilación |  |  |  |
| 3 | Kit para derrames |  |  |  |
| 4 | Detector de humo |  |  |  |
| 5 | Dique de contención |  |  |  |
| 6 | Extintor |  |  |  |
| 7 | Sistema contra incendios |  |  |  |
| 8 | Otros |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Observaciones:** |  |  |  |  |  |  |  |

* + 1. **Seguridad para el Personal que maneja sustancias catalogadas**

| **Equipo** | **SI** | **NO** | **Detalle** |
| --- | --- | --- | --- |
| Protección auditiva |  |  |  |
| Protección visual |  |  |  |
| Protección respiratoria |  |  |  |
| Protección corporal |  |  |  |
| Otros |  |  |  |

1. **SISTEMAS DE MEDICIÓN**

**(NO aplica para personas naturales o jurídicas que se califiquen exclusivamente para TRANSPORTE)**

**7.1. Pesaje:**

**SI** ☐ **NO** ☐

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Balanza marca** | **Modelo** | **Capacidad** | **Certificado de Calibración** | |
| **Número** | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Registrar balanzas utilizadas para pesaje de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, el certificado de calibración debe ser emitido por una certificadora acreditada por el SAE.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Observaciones:** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**7.2. Cubicación volumétrica**

**SI** ☐ **NO** ☐

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Observaciones:** |  |  |  |  |  |  |  |

**7.3. Otros**

**SI** ☐ **NO** ☐

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descripción del sistema de medición:** |  |  |  |  |  |  |  |

1. **SUSTANCIAS CATALOGADAS SUJETAS A FISCALIZACIÓN A SOLICITAR**

**(NO aplica para personas naturales o jurídicas que se califiquen exclusivamente para transporte)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sustancia catalogada** | **Cupo Anual solicitado\*** | **Unidad** | **Presentación comercial** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**UNIDAD: T, kg, g, mg, l, ml**

\*Cantidad requerida según proyecciones de manejo por actividad (formulario específico) excepto transporte

1. **CONTROL DE INGRESOS Y EGRESOS**

**(NO aplica para personas naturales o jurídicas que se califiquen exclusivamente para transporte)**

**MANUAL** ☐ **\*COMPUTARIZADO** ☐  **OTROS** ☐

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Observaciones:** |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Especificar el paquete o programa informático que manejan**

**NOTA:**

- [[1]](#footnote-1) **Artículo 51.- Diluciones acuosas.-** Las diluciones acuosas de ácidos, bases y oxidantes, en concentraciones menores o iguales a 6 Normal (6N) deberán ser descritas en las etiquetas de los envases y no serán controladas.

- **Disposición General Octava.-** Serán objeto de regulación y control los siguientes productos, mezclas y sustancias químicas:

a) Los productos químicos terminados que contengan una sustancia catalogada sujeta a fiscalización en una cantidad igual o superior al 85%, siempre y cuando la sustancia catalogada pueda ser separada y mantengan su identidad química;

b) Las mezclas de solventes cuya suma de las sustancias catalogadas sujetas a fiscalización sea igual o superior al 85%, que puedan ser fácilmente separadas y que mantengan su identidad química;

c) Las sustancias químicas específicas empleadas como reactivos de laboratorio en presentaciones comerciales de más de 100 gramos;

d) La acetona o acetato de etilo empleado como cosméticos, en presentaciones comerciales superiores a 100 mililitros; y,

e) El Éter de Petróleo identificado con los números CAS 8032-32-4 y 64475-85-0.

- La información proporcionada en los formatos debe ser clara y precisa, se entregará impreso y se remitirá al correo institucional asignado para el efecto.

**-** En la documentación impresa entregada se adjuntará registros fotográficos de la oficina planta, bodega y fachada interna y externa.

- La documentación que respalda la información constante en el presente formulario será verificada por el servidor del área de control de las sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, durante la inspección previa de calificación.

Una vez que se apruebe su solicitud de CALIFICACIÓN; previa la entrega del CERTIFICADO, deberá cancelar el valor que corresponde al servicio, en el plazo de 8 días según se indica en la nota de pago.

Doy fe y certifico que la información presentada es verdadera, y puede ser verificada o validada por parte del Ministerio del Interior.

Atentamente,

**f) Persona Natural o Representante Legal**

**Nombres y apellidos completos**

**CC:**

**f) Representante Técnico**

**Nombres y apellidos completos**

**CC:**

1. Reglamento para el Control y Administración de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización [↑](#footnote-ref-1)