# MINISTERIO SALUD DIRECCION DE SALUD AMBIENTAL UNIDAD DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

**EL SALVADOR, C.A**

# Autorización de Importación de Alimentos y Bebidas – con Registro Sanitario/Reconocimiento

Página 1 de X

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Solicitud: | | 2024M00000XXXXX | | | Fecha Solicitud: | | **DD/MM/2024** | |  |
| Nombre del solicitante: | | NOMBRE COMPLETO REPRESENTANTE LEGAL | | | Documento de identidad y número: | | DUI XXXXXXXXX | |  |
| En calidad de: | | REPRESENTANTE LEGAL | | | País de procedencia: | | XXXXXXXXXXXXXX | |  |
| Nombre o razón social de la empresa: | | NOMBRE COMPLETO IMPORTADOR | | | NIT del importador: | | XXXXXXXXXXXXXX | |  |
| Dirección del importador: | | XXXXXXXXXX | | | | | | |  |
| **No.** | **Nombre del Producto** | | **Marca del Producto** | **No. De Registro y/o Reconocimiento** | | **País de Origen** | **Peso neto en Kg.** | **Volumen neto en Lts.** | **Valor FOB US$** |
| 1 | XX | | XX | XX | | XX | XX | XX | XX |
| 2 | XX | | XX | XX | | XX | XX | XX | XX |
| **Totales:** | | | | | | | **XX Kgs.** | **XX Lts.** | **US$ XX** |



Válido para respaldar una sola transacción aduanera de importación

Fecha de registro de autorización DD/MM/2024

PARA USO DEL SOLICITANTE NOMBRE COMPLETO REPRESENTANTE LEGAL

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN 2024M000000000000000000000000

NOMBRE DE PERSON AUTORIZADA

Correo electrónico de consulta: [cieximportaciones@bcr.gob.sv](mailto:cieximportaciones@bcr.gob.sv)