FORMATO SOLICITUD DE PERMISO PARA EXPERIMENTACIÓN DE PLAGUICIDAS					
Naturaleza del proceso:	**Misional**	**Código:**	**GIPF01**	**Versión:**	**01**

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	ADAMA ANDINA B.V. SUCURSAL COLOMBIA					
C.C. ☐ C.E ☐ NIT X	No.	802019339-4				
Dirección de notificación	Carrera 11 No. 87A - 51 Piso 4		Departamento	Bogotá D.C.	Ciudad	Bogotá
Correo electrónico	andres.gonzalez@adama.com		Teléfono	3135722122	Fax	

DATOS DEL PRODUCTO PLAGUICIDA	
Nombre	SONAVIO SC O BIFENOX 480 SC
Presentación	1 o 5 Litros

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

FORMATO SOLICITUD DE PERMISO PARA EXPERIMENTACIÓN DE PLAGUICIDAS					
Naturaleza del proceso:	**Misional**	**Código:**	**GIPF01**	**Versión:**	**01**

OBSERVACIONES DE VALIDACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL:		
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL QUE VERIFICÓ Y VALIDÓ LA INFORMACIÓN	**CARGO**	**FIRMA**

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE					
Nombre: LUZ ANDREA SANCHEZ SABOGAL C.C No: 52984073				Firma:Ver Oficio adjunto firmado por el representante legal.	
Fecha de solicitud	19	11	2025	Numero de folios anexados	