

	SALUD PUBLICA	Código:F-SP-VC20-01
	SOLICITUD DE APERTURA O TRASLADO DE ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO	Fecha de aprobación: 27/09/11
		Versión: 02
		Página 1 de 1

Ciudad					Fecha		
Nos permitimos solicitar autorización para					Apertura	Traslado	
Tipo de Establecimiento Farmacéutico	Droguería		Deposito de Drogas		Farmacia - Droguería		
	Agencia de especialidad Farmacéutica						
Nombre del establecimiento							
Dirección							
Municipio		Teléfono		E-mail			
De Propiedad de					C.C.		
Director Técnico					C.C.		
Profesión	Expendedor de drogas		Regente Farmacia		Químico Farmacéutico		
El establecimiento farmacéutico ofrecerá el servicio				Inyectología	Toma de Glicemia		
Adjunto los siguientes documentos							
Cámara de comercio (si aplica)							
Contrato con director técnico (si aplica)							
Fotocopia del diploma (Si aplica)							
Fotocopia de la Tarjeta profesional (si aplica)							
Plano del área a mano alzada del local área mínima para droguerías de 20 m ²							
Certificado de distancia expedido por una entidad competente de acuerdo a la normatividad legal vigente (planeación) no aplica para depósitos.							
Traer consignación del Banco asignado por el Instituto Departamental de Salud							
Estampillas departamentales							
Estampilla pro Hospital Erasmo Meoz							
Constancia de una Institución reconocida de la persona responsable del servicio de inyectología (si aplica)							

FIRMA	
PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEAL	
C.C.	