

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC22-01
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL	
	Fecha de aprobación:	
	Versión: 04	
Página 1 de 1		

Ciudad				Fecha	
Nombre del Establecimiento					
Tipo de establecimiento	Servicio farmacéutico		Droguería		
	Ambulancias	Farmacia/Droguería		Depósito mayorista	
	Prestador de salud veterinario	Distribuidor veterinario		Prestador de salud sin servicio farmacéutico	
Propietario y/o Repres. legal					
Cédula o NIT					
Dirección				Teléfono celular	
Nombre del D.T.				C.C.	
Director técnico	Regente de Farmacia		Químico farmacéutico		
	Director médico		Médico veterinario		
Correo electrónico					

REQUISITOS (Resolución 1478 de 2006)	Adjunto
Solicitud de autorización firmada por el representante legal	
Listado de medicamentos sometidos a fiscalización indicando: nombre genérico del medicamento, concentración y forma farmacéutica, escrito y en medio magnético	
Libro foliado de tres columnas (se verifica en el momento de la visita)	
Vitrina con llave para el almacenamiento de medicamentos de control especial (se verifica en el momento de la visita)	
Contrato con el director técnico	
Fotocopia de la tarjeta profesional del químico farmacéutico, Tecnólogo en regencia de farmacia, Médico, Médico Veterinario, según aplicación	
Certificación de Buenas Prácticas del Servicio Farmacéutico, vigente	
Concepto técnico favorable última visita	
Contrato con la IPS si aplica	
Número de ambulancias destinadas a la prestación del servicio indicando: el número de placa, propietario, modalidad. (Si aplica)	

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD <small>NORTE DE SANTANDER</small>	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC22-01
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL	Fecha de aprobación:
		Versión: 04
		Página 2 de 1

Copia del acto administrativo emitido por el ICA (aplica para servicio veterinario)	
Las entidades públicas presentarán copia del acto administrativo mediante el cual se creó, copia del acto administrativo de nombramiento y acta de posesión del representante legal	
Las EPS, ARS e IPS públicas y privadas presentarán copia del certificado de habilitación como de Prestadores de Servicios de Salud, donde se declare el servicio farmacéutico y su grado de complejidad.	
Estampillas departamentales y pro - Hospital Erasmo Meoz	
Consignación Davivienda	

Observaciones: _____

FIRMA		FIRMA	
NOMBRE		NOMBRE	
CARGO		CARGO	
Representante Legal IPS (*Si aplica)		Representante Legal Establecimiento Farmacéutico	