

N°	TRAMITE Y/O SERVICIO	REQUISITO	COSTO (EN BS.)																				
1	APERTURA DE EST. FARMACÉUTICOS FARMACIA PRIVADA - PUBLICA	1.- Memorial dirigido al Director Técnico Departamental de Salud solicitando la APERTURA y FUNCIONAMIENTO de FARMACIA	3000 (privados) 1000 (públicos)																				
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">EL MEMORIAL DEBE CONTENER</td> <td colspan="2">Nombre completo del propietario o representante legal de la Farmacia</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Razón Social o Denominación clara de la Farmacia</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ubicación exacta de la Farmacia calle y numeración, en caso no tenga numeración, ni nombre de la calle descripción referencial de la ubicación</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Horario de Atención</td> <td style="text-align: center;">8 horas</td> <td>Un Regente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12 horas</td> <td>2 Regentes turno mañana y tarde</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16 horas</td> <td>2 Regentes turno mañana y tarde</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">24 horas</td> <td>3 Regentes turno mañana, tarde y noche</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre completo del Regente o Regentes responsables de la Atención de la Farmacia</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Firma del propietario o representante legal de la Farmacia al pie del Memorial</td> </tr> </table>		EL MEMORIAL DEBE CONTENER	Nombre completo del propietario o representante legal de la Farmacia		Razón Social o Denominación clara de la Farmacia		Ubicación exacta de la Farmacia calle y numeración, en caso no tenga numeración, ni nombre de la calle descripción referencial de la ubicación		Horario de Atención	8 horas	Un Regente	12 horas	2 Regentes turno mañana y tarde	16 horas	2 Regentes turno mañana y tarde	24 horas	3 Regentes turno mañana, tarde y noche	Nombre completo del Regente o Regentes responsables de la Atención de la Farmacia		Firma del propietario o representante legal de la Farmacia al pie del Memorial	
		EL MEMORIAL DEBE CONTENER			Nombre completo del propietario o representante legal de la Farmacia																		
					Razón Social o Denominación clara de la Farmacia																		
					Ubicación exacta de la Farmacia calle y numeración, en caso no tenga numeración, ni nombre de la calle descripción referencial de la ubicación																		
					Horario de Atención	8 horas	Un Regente																
						12 horas	2 Regentes turno mañana y tarde																
						16 horas	2 Regentes turno mañana y tarde																
				24 horas		3 Regentes turno mañana, tarde y noche																	
		Nombre completo del Regente o Regentes responsables de la Atención de la Farmacia																					
		Firma del propietario o representante legal de la Farmacia al pie del Memorial																					
		2.- Plano de funcionamiento de la Farmacia escala 1:50		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">EL PLANO DEBE CONTENER</td> <td colspan="2">Elaborado y Firmado por un Arquitecto Colegiado</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Superficie no menor a 40 metros cuadrados y una distancia de 40 metros entre farmacia y farmacia</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre de la Farmacia</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre del propietario, dirección y / o ubicación así como la cantidad de metros del ambiente.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">El plano debe contemplar Carimbo correspondiente</td> </tr> </table>	EL PLANO DEBE CONTENER	Elaborado y Firmado por un Arquitecto Colegiado		Superficie no menor a 40 metros cuadrados y una distancia de 40 metros entre farmacia y farmacia		Nombre de la Farmacia		Nombre del propietario, dirección y / o ubicación así como la cantidad de metros del ambiente.		El plano debe contemplar Carimbo correspondiente									
		EL PLANO DEBE CONTENER		Elaborado y Firmado por un Arquitecto Colegiado																			
				Superficie no menor a 40 metros cuadrados y una distancia de 40 metros entre farmacia y farmacia																			
				Nombre de la Farmacia																			
				Nombre del propietario, dirección y / o ubicación así como la cantidad de metros del ambiente.																			
				El plano debe contemplar Carimbo correspondiente																			
		3.- Documentación administrativa del PROPIETARIO		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">DEBE PRESENTAR</td> <td colspan="2">Fotocopia (simple) de la cedula de identidad del propietario o representante legal</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NIT fotocopia (simple)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fotocopia legalizada de Constitución de Sociedad (si corresponde)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fotocopia legalizada de Poder otorgado al representante legal (si corresponde)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sello de Pie de la Farmacia indicando el Nombre del establecimiento farmacéutico estampado en una hoja</td> </tr> </table>	DEBE PRESENTAR	Fotocopia (simple) de la cedula de identidad del propietario o representante legal		NIT fotocopia (simple)		Fotocopia legalizada de Constitución de Sociedad (si corresponde)		Fotocopia legalizada de Poder otorgado al representante legal (si corresponde)		Sello de Pie de la Farmacia indicando el Nombre del establecimiento farmacéutico estampado en una hoja									
		DEBE PRESENTAR		Fotocopia (simple) de la cedula de identidad del propietario o representante legal																			
				NIT fotocopia (simple)																			
Fotocopia legalizada de Constitución de Sociedad (si corresponde)																							
Fotocopia legalizada de Poder otorgado al representante legal (si corresponde)																							
Sello de Pie de la Farmacia indicando el Nombre del establecimiento farmacéutico estampado en una hoja																							
4.- Documentación del REGENTE o los REGENTES RESPONSABLES DEL MANEJO Y FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="9" style="text-align: center; vertical-align: middle;">DEBE PRESENTAR</td> <td colspan="2">Fotocopia Legalizada del Título en Provisión Nacional</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fotocopia simple del Diploma Académico</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fotocopia simple de la matrícula profesional</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fotocopia simple del Carnet de Identidad</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fotocopia simple del carnet del Colegio de Bioquímica y Farmacia</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fotocopia simple del Registro Profesional Institucional otorgado por el SEDES</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Certificado de Compatibilidad (original)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Contrato de Trabajo (si Corresponde), éste debe ser por tiempo indefinido y debe estar con Reconocimiento de firma y/o visado por el ministerio de trabajo.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sello profesional del Regente estampado en una hoja en blanco</td> </tr> </table>	DEBE PRESENTAR	Fotocopia Legalizada del Título en Provisión Nacional		Fotocopia simple del Diploma Académico		Fotocopia simple de la matrícula profesional		Fotocopia simple del Carnet de Identidad		Fotocopia simple del carnet del Colegio de Bioquímica y Farmacia		Fotocopia simple del Registro Profesional Institucional otorgado por el SEDES		Certificado de Compatibilidad (original)		Contrato de Trabajo (si Corresponde), éste debe ser por tiempo indefinido y debe estar con Reconocimiento de firma y/o visado por el ministerio de trabajo.		Sello profesional del Regente estampado en una hoja en blanco				
DEBE PRESENTAR	Fotocopia Legalizada del Título en Provisión Nacional																						
	Fotocopia simple del Diploma Académico																						
	Fotocopia simple de la matrícula profesional																						
	Fotocopia simple del Carnet de Identidad																						
	Fotocopia simple del carnet del Colegio de Bioquímica y Farmacia																						
	Fotocopia simple del Registro Profesional Institucional otorgado por el SEDES																						
	Certificado de Compatibilidad (original)																						
	Contrato de Trabajo (si Corresponde), éste debe ser por tiempo indefinido y debe estar con Reconocimiento de firma y/o visado por el ministerio de trabajo.																						
	Sello profesional del Regente estampado en una hoja en blanco																						
NOTA: TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PREVIAMENTE VERIFICADA POR LA SUB-UNIDAD DE FARMACIA ANTES DE LA ENTREGA A SECRETARIA DE DIRECCIÓN DEL SEDES																							