

N°	TRAMITE Y/O SERVICIO	REQUISITO	COSTO (EN BS.)																				
4	TRANSFERENCIA	<p>1.- Memorial dirigido al Director Técnico Departamental de Salud solicitando la TRANSFERENCIA de FARMACIA</p>	SIN COSTO																				
		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="461 541 581 978" rowspan="7" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">EL MEMORIAL DEBE CONTENER</td> <td colspan="2" data-bbox="581 541 1395 577">Nombre completo del nuevo propietario o representante legal de la Farmacia .</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="581 577 1395 613">Razón Social o Denominación clara de la Farmacia</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="581 613 1395 678">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 data-bbox="581 678 850 856" rowspan="4" style="text-align: center;">Horario de Atención</td> <td data-bbox="850 678 987 714">8 horas</td> <td data-bbox="987 678 1395 714">Un Regente</td> </tr> <tr> <td data-bbox="850 714 987 749">12 horas</td> <td data-bbox="987 714 1395 749">2 Regentes turno mañana y tarde</td> </tr> <tr> <td data-bbox="850 749 987 785">16 horas</td> <td data-bbox="987 749 1395 785">2 Regentes turno mañana y tarde</td> </tr> <tr> <td data-bbox="850 785 987 856">24 horas</td> <td data-bbox="987 785 1395 856">3 Regentes turno mañana, tarde y noche</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="581 856 1395 932">Nombre completo del Regente o Regentes responsables de la Atención de la Farmacia (ESPECIFICAR SI CONTINUA)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="581 932 1395 978">Firma del propietario o representante legal de la Farmacia al pie del Memorial</td> </tr> </table>		EL MEMORIAL DEBE CONTENER	Nombre completo del nuevo 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 (ESPECIFICAR SI CONTINUA)		Firma del propietario o representante legal de la Farmacia al pie del Memorial	
		EL MEMORIAL DEBE CONTENER			Nombre completo del nuevo 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 (ESPECIFICAR SI CONTINUA)																					
Firma del propietario o representante legal de la Farmacia al pie del Memorial																							
<p>2.- FOTOCOPIA CEDULA DE IDENTIDAD DEL NUEVO PROPIETARIO</p>																							
<p>3.- NIT (CON DIRECCIÓN Y NOMBRE DEL NUEVO PROPIETARIO)</p>																							
<p>4.- DOCUMENTO ORIGINAL O COPIA LEGALIZADA DE LA TRANSFERENCIA CON SU RESPECTIVO RECONOCIMIENTO DE FIRMAS</p>																							
<p>5.- 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.</p>																							
<p>6.- FOTOCOPIA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA DE APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA.</p>																							
<p>NOTA: TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PREVIAMENTE VERIFICADA POR LA SUB-UNIDAD DE FARMACIA ANTES DE LA ENTREGA A SECRETARIA DE DIRECCIÓN DEL SEDES</p>																							