

3	TRASLADO	PRESENTAR EN FOLDER	1.- Memorial dirigido al Director Técnico Departamental de Salud solicitando TRASLADO de FARMACIA			SIN COSTO	
			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.- FOTOCOPIA CEDULA DE IDENTIDAD DEL PROPIETARIO				
			3.- NIT (CON DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRASLADO)				
4.- FOTOCOPIA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA ANTERIOR							
5.- Plano de funcionamiento de la Farmacia escala 1:50							
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						
NOTA: TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PREVIAMENTE VERIFICADA POR LA SUB-UNIDAD DE FARMACIA ANTES DE LA ENTREGA A SECRETARIA DE DIRECCIÓN DEL SEDES							