 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: 01
		Página 1 de 2


Ciudad		Fecha	
Señores	Fondo Rotatorio de Estupefacientes		

Solicitamos resolución de autorización para el manejo de medicamentos de control especial.

Nombre del Establecimiento					
Tipo de establecimiento	1. Servicio farmacéutico independiente		2. Servicio farmacéutico dependiente		
	3. Ambulancias		4. Farmacia/Droguería		
	5. Depósito mayorista		6. Prestador de salud sin servicio farmacéutico		
6. Prestador de salud veterinario		7. Distribuidor veterinario		8. Prestador de salud sin servicio farmacéutico	
Propietario					
Cédula o NIT					
Dirección			Teléfono		
Director técnico	Regente de Farmacia		Químico farmacéutico		
	Director médico		Médico veterinario		
Nombre			C.C.		
Correo electrónico					

REQUISITOS (Resolución 1478 de 2006)	Tipo de establecimiento							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Solicitud de autorización firmada por el representante legal	X	X	X	X	X	X	X	X
Listado de medicamentos sometidos a fiscalización indicando: nombre del medicamento, concentración y forma farmacéutica.	X	X	X	X	X	X	X	X
Libro foliado de tres columnas	X	X	X	X	X	X	X	X
Vitrina con llave para el almacenamiento de medicamentos de control especial	X	X	X	X	X	X	X	X
Estampillas departamentales	X	X	X	X	X	X	X	X
Consignación	X	X	X	X	X	X	X	X
Contrato con el director técnico	X	X			X	X	X	X
Fotocopia de la tarjeta profesional del químico farmacéutico o del certificado de inscripción ante la autoridad sanitaria competente en el caso de tecnólogo en regencia de Farmacia	X	X		X	X			X
Certificado técnico sanitario vigente	X	X	X	X	X	X	X	X
Concepto técnico favorable última visita	X	X		X	X			X
Contrato con la IPS		X						
Número de ambulancias destinadas a la prestación del servicio indicando: el número de placa, propietario, modalidad.			X					
Nombres y apellidos del Director Médico, registro profesional e inscripción ante el Instituto Departamental de Salud			X					
Copia del acto administrativo emitido por el ICA						X	X	
Copia de la Tarjeta profesional del médico veterinario						X	X	
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		X						
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.		X						

*Nota: la vitrina y libro foliado de tres columnas se verifican en la visita.

 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: 01
		Página 2 de 2

Observaciones: _____

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