


| | | | |
|---|--|----------|-----------------|
|  UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO DEL VALLE DEL CAUCA | SOLICITUD DE APERTURA O TRASLADO DE FARMACIAS HOMEOPÁTICAS NIVEL I Y II | CÓDIGO: | F-MD-09 |
| | | VERSIÓN: | 2.0 |
| | | FECHA: | Feb. 24 de 2016 |
| | | PÁGINA: | 1 DE 1 |

| | |
|-------------------------------|--|
| CIUDAD Y FECHA ¹ : | |
|-------------------------------|--|

Yo² _____, con documento de
Identificación No.³ _____, Dando cumplimiento a lo estipulado en el
Decreto 1737 de 2005 en su Artículo Octavo, solicito autorización y aprobación para:

☐ APERTURA
☐ TRASLADO DEL ESTABLECIMIENTO:

| | |
|---|--|
| RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO: | |
| NIVEL DE LA FARMACIA HOMEOPÁTICA | |
| MUNICIPIO: | |
| DIRECCIÓN: | |
| BARRIO: | |
| COMUNA: | |
| TELÉFONO: | |
| NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO : | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO: | |

Atentamente,

| NOMBRE | DOCUMENTO ID. | FIRMA |
|--------|---------------|-------|
| | | |

UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO DEL VALLE DEL CAUCA
PRINCIPAL CALI: Carrera 37A No. 4-88. Barrio Santa Isabel. PBX (2) 5580868. Fax (2) 5580727
CALI: Carrera 76 No. 4-30. Barrio Nápoles. Teléfono (2) 6206875/ 76 / 77
TULUÁ: Carrera 30 No. 32 – 91. Barrio Victoria. Teléfono (2) 2244616. Fax 2247983
CARTAGO: Carrera 3A No. 1A – 05. Barrio San Vicente. Teléfono (2) 2128644. Fax (2) 2126223
Línea Nacional (Gratis): 018000 22 00 44 - Página WEB: www.uesvalle.gov.co
Correos electrónicos: contactenos@uesvalle.gov.co - Quejas y Reclamos: quejasyreclamos@uesvalle.gov.co



**SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO
DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805.018.833-8**

ANEXO 1 DEL FORMATO F-MD-09

1- REQUISITOS PARA LA APERTURA Ó TRASLADO DE FARMACIAS HOMEOPÁTICAS NIVEL I Y II

De acuerdo con lo estipulado en el Decreto 1737 de 2005 en su artículo Octavo se debe acompañar la solicitud con los siguientes documentos:

1. Croquis o plano del local⁴
2. Certificado de Cámara y Comercio actualizado no mayor a tres (3) meses de vigencia

2- INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD DE APERTURA O TRASLADO DE FARMACIAS HOMEOPÁTICAS NIVEL I Y II (F-MD-09)

- ¹. Escriba Ciudad y fecha de la solicitud en términos de día, mes y año, respectivamente.
- ². Escriba el nombre completo del Interesado.
- ³. Citar número de identificación del Interesado, bien sea cédula de ciudadanía o cédula de extranjería, según aplique.
- ⁴. El croquis o plano del local, debe estar acotado (delimitado), se deben identificar las áreas donde se llevarán a cabo los diferentes procesos del Establecimiento (recepción, almacenamiento, preparación, distribución, dispensación y venta) e indicar su ubicación sobre la vía (Nomenclatura de acuerdo a Certificado de Cámara y Comercio y donde se visualice el lugar por donde se ingresa al Establecimiento)