



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<sup>1</sup>:

Yo<sup>2</sup> \_\_\_\_\_, con documento de  
Identificación No.<sup>3</sup> \_\_\_\_\_, 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](http://www.uesvalle.gov.co)

Correos electrónicos: [contactenos@uesvalle.gov.co](mailto:contactenos@uesvalle.gov.co) - Quejas y Reclamos: [quejasyreclamos@uesvalle.gov.co](mailto: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 local<sup>4</sup>
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)**

- <sup>1</sup>. Escriba Ciudad y fecha de la solicitud en términos de día, mes y año, respectivamente.
- <sup>2</sup>. Escriba el nombre completo del Interesado.
- <sup>3</sup>. Citar número de identificación del Interesado, bien sea cédula de ciudadanía o cédula de extranjería, según aplique.
- <sup>4</sup>. 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)