**ACTA No.**\_\_\_\_\_\_\_\_

**CIUDAD Y FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TRAMITE:** Apertura: \_\_\_\_\_\_\_ Traslado: \_\_\_\_\_\_\_

**DESTINACION DEL LOCAL:** Droguería: \_\_\_\_ Depósito: \_\_\_\_ Farmacia - droguería: \_\_\_\_ Agencia de especialidad farmacéutica: \_\_\_ Tienda naturista: \_\_\_ Farmacia homeopática nivel I: \_\_\_ Farmacia homeopática nivel II: \_\_\_\_\_

 Otro establecimiento de comercio: \_\_\_\_\_\_

**Procedimientos complementarios:** Inyectologia: \_\_\_\_ Toma de glicemia: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E - mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Empleados: Proyectados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ASPECTOS A VERIFICAR** |
| **1.** | **INSTALACIONES FÍSICAS GENERALES** | **CAL.** | **OBSERVACIONES** |
| 1.1 | El área interna del establecimiento cumple con los 20 metros cuadrados mínimos establecidos. |  |  |
| 1.2 | El local es independiente de casa o habitación. |  |  |
| 1.3 | Los techos y cielo rasos son resistentes, uniformes y de fácil limpieza y sanitización. |  |  |
| 1.4 | Las paredes o muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y sanitización, resistentes a factores ambientales de temperatura y humedad. |  |  |
| 1.5 | Los pisos son de material impermeable, resistente y cuentan con sistema de drenaje que permite su fácil limpieza y sanitización. |  |  |
| 1.6 | Cuenta con instalaciones eléctricas no expuestas, en buenas condiciones. |  |  |
| 1.7 | Cuenta con unidad sanitaria suficiente y en buenas condiciones. |  |  |
| 1.8 | Cuenta con iluminación natural y artificial adecuada |  |  |
| 1.9 | Las condiciones ambientales locativas internas, garantizan la temperatura para el almacenamiento de los productos  |  |  |
| 1.10 | El área de inyectologia presenta privacidad y comodidad para el paciente |  |  |
| 1.11 | Para depósito de drogas y farmacias droguerías, cuenta con área debidamente delimitadas, para los procesos requeridos, (resolución 1403 de 2007). |  |  |

**2. REQUERIMIENTOS**

Para ajustar el establecimiento a las normas sanitarias debe darse cumplimiento a los siguientes requerimientos (Citar numerales):

**CALIFICACIÓN**

Cumple completamente: **2** Cumple parcialmente: **1** No cumple: **0** No aplica: **NA** No observado: **NO**

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente la ley 9 de 1979 y su reglamentación, para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo máximo de treinta (30) días. De no informar por escrito, en dicho plazo, a la oficina de control de medicamentos el cumplimiento de los requerimientos, se entenderá por desistido el trámite.

**CONCEPTO: FAVORABLE: DESFAVORABLE CON REQUERIMIENTO:** **DESFAVORABLE DEFINITIVO:**

**OBSERVACIONES:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PREVIO AL FUNCIONAMIENTO DE UN ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO, SE DEBERA PRESENTAR ANTE LA OFICINA CONTROL DE MEDICAMENTOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LA LEGISLACION SANITARIA

**Nota**: Una vez se emita concepto favorable en la presente acta y se cumpla con los requisitos exigidos para el funcionamiento del establecimiento, se podrán iniciar actividades siempre y cuando informe con anterioridad y por escrito a la oficina control de medicamentos, la cual programará una visita de inspección, para la expedición de la autorización de apertura y funcionamiento, la cual estará sujeta al cumplimiento de las Buenas Practicas del Servicio Farmacéutico. SI se encuentra en funcionamiento el establecimiento sin haberse notificado a esta oficina, será causal de cierre e inicio de proceso sancionatorio administrativo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FIRMA** |  | **FIRMA**  |  |
| **NOMBRE** |  | **NOMBRE**  |  |
| **C.C.** |  | **C.C.** |  |
| **CARGO**  |  | **CARGO** |  |
| **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD** | **ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO** |