SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Fecha de solicitud\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **TIPO DE SOLICITUD:** Seleccionar el tipo de solicitud que desea tramitar:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inscripción (primera vez) |  | Modificación |  |
| Renovación |  | Ampliación |  |

1. **CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO/INSTITUCIÓN:** Seleccionar con X la clasificación que corresponde del establecimiento o institución:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Establecimientos Farmacéuticos:**
 |  |
| * Depósito de medicamentos
 |  |
| * Droguería
 |  |
| * Farmacia Droguería
 |  |
| * Farmacia Droguería con contrato con Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
 |  |
| * Droguería con contrato con Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
 |  |
| 1. **Prestador de Servicios de Salud con Servicio Farmacéutico**
 |  |
| * Servicio farmacéutico dependiente Propio Hospitalario
 |  |
| * Servicio farmacéutico dependiente Propio Ambulatorio
 |  |
| * Servicio farmacéutico dependiente Contratado Hospitalario
 |  |
| * Servicio farmacéutico dependiente Contratado Ambulatorio
 |  |
| 1. **Servicio Farmacéutico Independiente**
 |  |
| 1. **Prestador de Servicios de Salud sin Servicio Farmacéutico**
 |  |
| * Institución Prestadora de Servicios de Salud
 |  |
| * Profesional Independiente
 |  |
| * Transporte especial de pacientes
 |  |
| * Objeto social diferente a la prestación de servicios de salud
 |  |
| 1. **Establecimientos Veterinarios**
 |  |
| * Prestador de servicios de salud
 |  |
| * Con ventas al por mayor
 |  |
| * Con ventas al detal
 |  |

1. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO / INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**:

|  |
| --- |
| Razón Social: |
| Registro Especial Prestadores Servicios Salud - REPS. **(Si es un prestador de servicios de salud)** |
| Matricula Mercantil N° |
| Personería Jurídica Resolución N° **(si es una entidad sin ánimo de lucro)** |
| Municipio: | Dirección: |
| Teléfono: | Correo Electrónico: |

1. **DATOS DEL PROPIETARIO:**

|  |
| --- |
| Razón Social **(si el propietario es una persona jurídica)** |
| Nit |
| Nombre del propietario / Representante Legal  |
| N° documento de identidad del Propietario /Representante legal  |
| Firma Propietario/ Representante Legal |

1. **RECURSO HUMANO RESPONSABLE DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL**

|  |
| --- |
| Nombre y Apellidos: |
| N° documento de identidad: |
| **Profesión: (seleccionar con X)** |
| Químico Farmacéutico |  | Tecnólogo en Regencia de Farmacia |  |
| Médico y cirujano |  | Enfermera |  |
| Médico Veterinario y Zootecnista |  | Médico Veterinario |  |
| Resolución de la Profesión / Tarjeta profesional de COMVEZCOL Nº |

1. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO CUANDO EL SERVICIO FARMACÉUTICO ES CONTRATADO:**

(Sólo se diligencia por los prestadores de servicios de salud que se clasifican como Servicio farmacéutico dependiente Contratado: hospitalario y/o ambulatorio)

|  |
| --- |
| Razón Social: |
| Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. **(Si es un prestador de servicios de salud)** |
| Matricula Mercantil N° |
| Personería Jurídica Resolución N° (**si es una entidad sin ánimo de lucro)** |
| Municipio: | Dirección: |
| Teléfono: | Correo Electrónico: |
| Razón Social **(si el propietario es una persona jurídica)** |
| Nit |
| Nombre y Apellidos del Propietario / Representante Legal |
| N° documento de identidad del Propietario /Representante legal  |
| Firma Propietario/ Representante Legal |

**INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL**

1. **REQUISITOS**

**El interesado en obtener autorización para el manejo de medicamentos de control especial en del departamento de Antioquia deberá atender los siguientes requisitos:**

* 1. Solicitud Código: FO-M5-P2-012 diligenciada y firmada por el propietario/representante legal o su apoderado debidamente facultado, adjuntando el respectivo poder.

**NOTA:** Si el ***servicio farmacéutico es contratado***, el contratista debe diligenciar el ítem **6** y el propietario/representante legal del servicio farmacéutico contratado debe firmar la solicitud, además, adjuntar un certificado del contrato firmado entre las partes.

* 1. Listado de medicamentos sometidos a fiscalización a autorizar, indicando para cada uno: nombre expresado en Denominación Común Internacional, concentración y forma farmacéutica.

**NOTA:** Los medicamentos deben ser acordes con los servicios que presta el establecimiento o la Institución Prestadora de servicios de Salud.

* 1. Copia del contrato de trabajo del Director Técnico o del Profesional Responsable del manejo de los medicamentos del establecimiento o servicio farmacéutico.
	2. Fotocopia de la inscripción ante el ICA, cuando se trate de un establecimiento veterinario que realice distribución y comercialización de medicamentos de control especial.
	3. Las entidades cuyo objeto sea prestar el servicio de traslado de pacientes a través de ambulancias aéreas, terrestres y fluviales en sus diferentes modalidades deberán presentar la identificación de cada uno de los vehículos a autorizar, esto es número de placa, número de propiedad y modalidad.
	4. Cuando se trate de un servicio farmacéutico contratado anexar el contrato entre la IPS y el servicio farmacéutico.
	5. Cuando se trate de un servicio farmacéutico independiente, Farmacia – Droguería o Droguería con contrato para suministro de medicamentos, anexar el certificado del contrato con la Empresa Administradora de Planes de Beneficios.
	6. Radicar la solicitud y documentos anexos a través del correo electrónico gestiondocumental@antioquia.gov.co.
1. **PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÒN**

**Una vez recibida la solicitud por parte del interesado esta Secretaría dará inicio al trámite de la misma, así:**

* 1. La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en un plazo máximo de diez (10) días siguientes a la fecha de radicación de la documentación, revisará la información y documentos relacionados, informando por escrito la conformidad de los requisitos.

**NOTA:** Cuando haya lugar se le exigirá al interesado aclarar por escrito la información o allegar documentos adicionales, a cuyo efecto se podrá conceder un plazo máximo de un (1) mes.Vencido este término si el interesado no hubiese aclarado la información o enviado los documentos requeridos en la solicitud, se considerará que desiste de la petición y se procederá a emitir el acto administrativo motivado de desistimiento y el archivo del expediente, sin perjuicio de que el interesado pueda presentar una nueva solicitud cumpliendo los requisitos establecidos. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos o información requeridos, se reactivará el término para resolver el trámite.

* 1. Se verifica que el interesado cuente con al menos una visita de inspección y vigilancia con fecha no mayor a un (1) año y evaluación **Favorable** de condiciones mínimas para el manejo de medicamentos de control especial, de acuerdo con la normatividad vigente. En caso contrario, se realizará visita de inspección y vigilancia el establecimiento o institución solicitante por parte de esta Secretaría.

**NOTA:** Cuando el resultado de la visita de inspección y vigilancia no sea **Favorable** para el manejo de medicamentos de control especial**,** el tramite serásuspendido y estará sujeto a una nueva visita de seguimiento programada por esta Secretaría. Para dar continuidad al trámite el resultado de la visita de seguimiento debe ser **Favorable,** en caso contrario se procede con la devolución de los documentos y el interesado, si es su deseo, puede dar inicio nuevamente a la solicitud.

* 1. La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en un plazo de treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de radicación dará respuesta al trámite, teniendo en cuenta el cumplimiento de lo establecido en los numerales 2.1 y 2.2.
	2. Si el trámite es una ampliación o modificación no requiere visita. (EXCEPTO de la modificación por cambio de dirección)
	3. Para la notificación de la resolución se envía la citación dirigida al Propietario o Representante Legal a través del correo electrónico referido en la solicitud, con las instrucciones para realizar el pago.
	4. Una copia del comprobante de pago se envía al correo electrónico viviana.madrigal@antioquia.gov.co; en cuanto sea confirmado el pago con el área de Tesorería de la Secretaría, se enviará la resolución a través del correo electrónico indicado en la solicitud.
1. **TARIFAS**

**Todas las modalidades de autorización** (inscripción, renovación, ampliación, modificación) **tienen la misma tarifa, a saber:**

* 1. Droguería, Farmacia Droguería, Prestador de Servicios de Salud con Servicio Farmacéutico, Servicio Farmacéutico Independiente, Prestador de Servicios de Salud sin Servicio Farmacéutico, Institución Prestadora de Servicios de Salud, Profesional Independiente, Transporte especial de pacientes, Objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, Establecimientos Veterinarios, Prestador de servicios de salud, Establecimientos Veterinarios con ventas al detal **10 Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes, más el valor de la estampilla pro-electrificación correspondiente a 3.75 U.V.T (Unidad Valor Tributario)**
	2. Depósitos de medicamentos y establecimientos veterinarios con venta al por mayor: **15 salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes, más el valor de la estampilla pro-electrificación correspondiente a 3.75 U.V. T (Unidad Valor Tributario)**

**NOTA:** El pago se efectuará **UNICAMENTE** **cuando se le informe al interesado que la Resolución ya se encuentra lista,** a través de la cuenta de ahorros N° 430-81076-2 del Banco de Occidente, a nombre del Fondo Rotatorio de Estupefacientes.

1. **TENER EN CUENTA**
	1. El establecimiento y/o institución deberá cumplir en todo momento con la normatividad sanitaria vigente en cuanto a las condiciones técnicas – administrativas, higiénico locativas, recurso humano y al manejo de los medicamentos o productos en general.
	2. La vigencia de la Resolución de ampliación o modificación **es la misma** de la Resolución de autorización o renovación.

***Para información adicional, dudas e inquietudes se puede comunicar a los números telefónicos: 3839944 – 3839856 o en los correos electrónicos viviana.madrigal@antioquia.gov.co – paola.gomez@antioquia.gov.co***