SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

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

1. **TIPO DE SOLICITUD:** Seleccionar el tipo de solicitud que desea tramitar(se diligencia por todos los interesados)

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

1. **CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:** Seleccionar la clasificación del establecimiento(se diligencia por todos los interesados)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 (sin venta al público) con contrato con Empresas Administradoras de Planes de Beneficios** | | | |
| 1. **Prestador de Servicios de Salud sin Servicio Farmacéutico** | | |  |
| 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**: (se diligencia por todos los interesados)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: | |

1. **DATOS DEL PROPIETARIO:** (se diligencia por todos los interesados los ítem que les aplique)

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

1. **RECURSO HUMANO RESPONSABLE DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL** (se diligencia por todos los interesados)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | | | |
| N° documento de identidad | | | |
| **Profesión:** | | | |
| Químico Farmacéutico |  | Tecnólogo en Regencia de Farmacia |  |
| Médico y cirujano |  | Enfermera |  |
| Auxiliar de Enfermería |  | Médico Veterinario |  |
| Médico Veterinario y Zootecnista |  |  | |
| Resolución de la Profesión / Tarjeta profesional de COMVEZCOL Nº | | | |
| Firma Propietario/ Representante Legal | | | |

1. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO CUANDO EL SERVICIO FARMACÉUTICO ES CONTRATADO:** (solo se diligencia por los prestadores de servicios de salud que se clasifican como Servicio farmacéutico dependiente Contratado: hospitalario y/o ambulatorio)

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

**REQUISITOS PARA OBTENER LA AUTORIZACION PARA EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**

1. Diligenciar formato de solicitud, el cual debe ser firmado por el propietario o representante legal de la IPS, Establecimiento Farmacéutico o Establecimiento Veterinario.

Si el ***servicio farmacéutico es contratado***, el contratista debe diligenciar el ítem **6** y además debe firmar la solicitud el propietario o representante legal del servicio farmacéutico contratado.

1. Anexar la Siguiente documentación:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº** | **DOCUMENTACIÓN ANEXA** |
| **2.1.** | Fotocopia del contrato de trabajo del Director Técnico del establecimiento o del servicio farmacéutico o del Profesional Responsable del manejo de los medicamentos. |
| **2.2.** | Fotocopia de la inscripción ante el ICA, cuando se trate de un establecimiento veterinario que realice distribución y comercialización de medicamentos de control especial. |
| **2.3.** | Listado de los medicamentos de control especial que va a manejar, con su nombre genérico, concentración y forma farmacéutica. Los medicamentos deben ser acordes con los servicios que presta el establecimiento o la Institución Prestadora de servicios de Salud. |
| **2.4.** | Cuando se trate de un servicio farmacéutico contratado anexar el contrato entre la IPS y el servicio farmacéutico |
| **2.5** | Cuando se trate de un servicio farmacéutico independiente o Farmacia – Droguería o Droguería con contrato para suministro de medicamentos, anexar el contrato con la Empresa Administradora d Planes de Beneficio |

1. La solicitud con la documentación completa anexa deberá ser entregada en el primer piso de la Gobernación de Antioquia, para su radicación.
2. El establecimiento deberá cumplir 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.

**En caso de ser un Prestador de Servicios de Salud, el servicio farmacéutico deberá estar habilitado, incluyendo la complejidad y la modalidad en que este lo presta (Ambulatorio, Hospitalario o ambos).**

1. Si el trámite es una ampliación o modificación no requiere visita.

Si el trámite es una inscripción o una renovación debe contar con visita de inspección y vigilancia que no tenga fecha superior a un año y que cuente con concepto **favorable** para el manejo de medicamentos de control especial, en caso que no se cumpla con este requisito se incluirá el establecimiento en la programación para las visitas de Inspección y vigilancia.

Si realizadas dos visitas al establecimiento el concepto para el manejo de medicamentos de control especial quede **condicionado** se procederá a la devolución de la documentación, en caso de requerir el manejo de estos medicamentos se debe iniciar nuevamente el trámite y se debe cumplir con todos los requisitos para su manejo. Sin embargo, si el concepto de medicamentos de control especial queda **desfavorable** con aplicación de medida sanitaria consistente en suspensión del servicio de estos medicamentos, la documentación será devuelta inmediatamente, en caso de requerir el manejo de estos medicamentos se debe cumplir con todos los requisitos para su manejo y se debe iniciar nuevamente el trámite.

1. La autorización de: inscripción, renovación, ampliación, modificación tiene un costo de:

* Droguerías, farmacia droguería, prestador de servicios de salud con servicio farmacéutico propio o contratado, prestador de servicios de salud sin servicio farmacéutico, servicio farmacéutico independiente, establecimiento veterinario prestador de servicios de salud, establecimiento veterinario con ventas al detales de **10 Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes, más el valor de la estampilla pro-electrificación correspondiente a 3.75 U.V.T ( Unidad Valor Tributario)**
* Depósito de medicamentos, establecimiento veterinario con al por mayor **es de 15 Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes, más el valor de la estampilla pro-electrificación correspondiente a 3.75 U.V.T ( Unidad Valor Tributario)**

Este pago se efectuará en el Banco de Occidente en la cuenta de ahorros N° 430-81076-2 a nombre del Fondo Rotatorio de Estupefacientes, recibo que debe presentarse al momento de ser notificada la resolución. **Esta consignación se realizará solo cuando se informe que la Resolución ya se encuentra lista.**

1. Cuando es una solicitud de ***ampliación****:* Tener en cuenta la vigencia de la Resolución que autoriza o renueva el manejo de los medicamentos, anexar solo el **numeral 2.1** si el director técnico o persona responsable de los medicamentos de control especial cambió, y el **numeral 2.3** sólo los medicamentos que se van a ampliar.
2. Para la notificación de la resolución se enviará previamente al correo electrónico referido en esta solicitud la citación dirigida al Propietario o Representante Legal, donde se le explica que debe presentarse en la calle 42B No. 52-106, en la Gobernación de Antioquia, José María Córdoba, Centro de Atención a la Ciudadanía en el Sótano externo de la Alpujarra taquilla 12, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Dirección de Factores de Riesgo. Si el Propietario o el Representante Legal no puede presentarse personalmente para la notificación de la Resolución, podrá otorgar una autorización a otra persona, en todo caso deben presentar la consignación por concepto del trámite.
3. La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en un plazo máximo de 30 días contados a partir de la fecha del recibo de la documentación completa, revisará la información y documentos relacionados, exigirá cuando haya lugar al interesado aclarar por escrito la información o allegar documentos adicionales, a cuyo efecto podrá conceder un plazo máximo hasta de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recibo de la comunicación.

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 la devolución de la solicitud con sus respectivos soportes, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, sin perjuicio de que el interesado pueda presentar una nueva solicitud cumpliendo los requisitos establecidos.

***Información adicional en los teléfonos: 3839944 – 3839856***