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

1. **DATOS SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y apellidos |  |
| Cedula de Ciudadanía |  |
| Dirección: |  |
| Municipio: | Teléfono Fijo: | Celular: |
| Correo Electrónico: |  |

1. **ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE SE HA DESEMPEÑADO**

Relacionar los establecimientos donde ha laborado como empleado vendedor en droguería durante por lo menos diez (10) años. Si requiere más casillas puede adicionarlas.

***IMPORTANTE:*** Si acredita experiencia como empleado vendedor en droguería a partir del 25 de mayo de 2007 (publicación de la Resolución 1403 de 2007 en el Diario Oficial No. 46.639), se solicitará aportar documento que le identifique como talento humano facultado para realizar dispensación durante dicho tiempo de desempeño, teniendo en cuenta que el numeral 5, capítulo II, título II del citado Manual, define la DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS como “la entrega de uno o más medicamentos a un paciente y la información sobre su uso adecuado, realizada por un Químico Farmacéutico, Tecnólogo en regencia de Farmacia, Director de Droguería, Farmacéutico Licenciado, Expendedor de Drogas y Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, en los términos establecidos en el numeral 6 del artículo 19 y artículo 3 del Decreto 2200 de 2005 modificado por el Decreto 2330 de 2006, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituya” (subrayas fuera de texto).

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nombre Establecimiento:**
 |  |
| **Dirección del Establecimiento:** |  | **Municipio:** | **Teléfono:** |
| **Nombre Completo del Propietario:** |  |
| **Laboró desde:** | **D** | **M** | **A** | **Hasta** | **D** | **M** | **A** | **Horario:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nombre Establecimiento:**
 |  |
| **Dirección del Establecimiento:** |  | **Municipio:** | **Teléfono:** |
| **Nombre Completo del Propietario:** |  |
| **Laboró desde:** | **D** | **M** | **A** | **Hasta** | **D** | **M** | **A** | **Horario:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nombre Establecimiento:**
 |  |
| **Dirección del Establecimiento:** |  | **Municipio:** | **Teléfono:** |
| **Nombre Completo del Propietario:** |  |
| **Laboró desde:** | **D** | **M** | **A** | **Hasta** | **D** | **M** | **A** | **Horario:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nombre Establecimiento:**
 |  |
| **Dirección del Establecimiento:** |  | **Municipio:** | **Teléfono:** |
| **Nombre Completo del Propietario:** |  |
| **Laboró desde:** | **D** | **M** | **A** | **Hasta** | **D** | **M** | **A** | **Horario:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nombre Establecimiento:**
 |  |
| **Dirección del Establecimiento:** |  | **Municipio:** | **Teléfono:** |
| **Nombre Completo del Propietario:** |  |
| **Laboró desde:** | **D** | **M** | **A** | **Hasta** | **D** | **M** | **A** | **Horario:** |  |

1. **DOCUMENTOS ADJUNTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Requisitos** | **¿Aportado?** |
| 1 | Registro Civil de Nacimiento o Partida de Bautismo, según el caso | Si\_\_\_ No\_\_\_ |
| 2 | Certificado de la Registraduría Nacional del Estado Civil sobre la vigencia de la cédula de ciudadanía | Si\_\_\_ No\_\_\_ |
| 3 | Fotocopia de la cédula de ciudadanía | Si\_\_\_ No\_\_\_ |
| 4 | Fotocopia de la libreta militar, si es el caso | Si\_\_\_ No\_\_\_ N/A\_\_\_ |
| 5 | Certificado de vecindad expedido por la autoridad competente del lugar del domicilio del interesado | Si\_\_\_ No\_\_\_ |
| 6 | Acreditar haber cumplido veinticinco (25) años de edad como mínimo y no haber sido sancionados por comercio ilegal de drogas de control especial, ni por infracción a las disposiciones sobre medicina, mediante certificación expedida por las autoridades competentes. | Si\_\_\_ No\_\_\_ |
| 7 | Declaración de dos (2) químicos farmacéuticos o médicos graduados debidamente registrados ante el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde conste que el peticionario se ha desempeñado como empleado vendedor en droguería, con honorabilidad, competencia y consagración durante un periodo no menor de diez (10) años. Los declarantes deberán tener como mínimo diez (10) años de graduados a la fecha de su declaración:DECLARACIÓN 1:Profesión del declarante: Médico \_\_\_ Químico Farmacéutico \_\_Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de graduación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adjuntar fotocopia del acta de grado del declarante (para verificar fecha de graduación). | Si\_\_\_ No\_\_\_ |
| DECLARACIÓN 2:Profesión del declarante: Médico \_\_\_ Químico Farmacéutico \_\_Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de graduación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adjuntar fotocopia del acta de grado del declarante (para verificar fecha de graduación). | Si\_\_\_ No\_\_\_ |
| 8 | Si acredita experiencia como empleado vendedor en droguería a partir del 25 de mayo de 2007 (publicación de la Resolución 1403 de 2007 en el Diario Oficial No. 46.639), aporta documento que le identifique como talento humano facultado para realizar la dispensación durante dicho tiempo de desempeño. El numeral 5, capítulo II, título II del citado Manual, define la DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS como “la entrega de uno o más medicamentos a un paciente y la información sobre su uso adecuado, realizada por un Químico Farmacéutico, Tecnólogo en regencia de Farmacia, Director de Droguería, Farmacéutico Licenciado, Expendedor de Drogas y Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, en los términos establecidos en el numeral 6 del artículo 19 y artículo 3 del Decreto 2200 de 2005 modificado por el Decreto 2330 de 2006, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituya” (subrayas fuera de texto). | Si\_\_\_ No\_\_\_ No acredito experiencia como empleado vendedor en droguería a partir del 25 de mayo de 2007 \_\_\_ |
| 9 | En caso de ser concedida la credencial, deberá aportar dos (2) fotos recientes tamaño cédula al momento de notificarse del acto administrativo que la concede.  |

1. **DECLARACIÓN**.

Con la firma y presentación de esta solicitud, manifiesto de manera consciente, libre, voluntaria y bajo la gravedad de juramento que:

1. Autorizo a la Secretaría de Salud e Inclusión Social de la Gobernación de Antioquia para realizar las verificaciones que considere necesarias, cruce de información con las bases de datos a que haya lugar, incluida la opción de confrontar información ante todas las autoridades o entes emisores de la documentación aportada para cerciorarse o tener certeza de la información en ella contenida.
2. Conozco todas las implicaciones legales de tipo penal, civil y/o administrativo a que hubiera lugar como consecuencia de cualquier inexactitud, falsedad, presentación fraudulenta u omisión relacionada con la presente solicitud y sus anexos.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del solicitante |  |
| Cedula de ciudadanía |  |

1. **ORIENTACIONES SOBRE EL TRÁMITE**

Toda la documentación debe ser enviada para radicación de manera completa y legible al correo electrónico gestiondocumental@antioquia.gov.co.

Es necesario estar atento al correo electrónico aportado en el numeral 1., toda vez que allí serán informados los avances en el trámite, incluida la información sobre el pago en caso de ser informada la expedición de la credencial.

Cualquier información adicional puede ser solicitada en el teléfono 3839852 o en el correo electrónico paolacatalina.hernadez@antioquia.gov.co.