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. **Establecimiento Farmacéutico** | |
| * Depósito de medicamentos |  |
| * Droguería - Farmacia Droguería |  |
| * Droguería - Farmacia Droguería con contrato con Empresas Administradoras de Planes de Beneficios |  |
| 1. **Prestador de Servicios de Salud con Servicio Farmacéutico** | |
| * Servicio farmacéutico dependiente Propio |  |
| * Servicio farmacéutico dependiente Contratado |  |
| 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 |  |
| **Establecimientos Veterinarios** | |
| * Prestador de servicios de salud veterinarios |  |
| * Con ventas al por mayor |  |
| * Con ventas al detal |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre/Razón Social: | |
| Código 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. **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 PROPIETARIO:**

|  |
| --- |
| Nombre (Persona natural) / Razón Social (Persona jurídica): |
| C.C. (Persona natural) / Nit (Persona jurídica) |
| Nombre del Representante Legal **(solo si es persona jurídica)** |
| N° documento de Representante legal **(solo si es persona jurídica)** |
| Al presentar esta solicitud, autorizo a la Secretaría de Salud e Inclusión Social para ser notificado de todos los asuntos relacionados, incluyendo el acto administrativo que decida el trámite, a través del siguiente correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| Firma Propietario / Representante Legal: |

1. **PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD CON SERVICIO FARMACÉUTICO CONTRATADO:** 
   1. **DATOS DEL CONTRATISTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del establecimiento (si aplica): | | |
| Matricula Mercantil No. | | |
| Personería Jurídica Resolución N° **(si es una entidad sin ánimo de lucro)** | | |
| Teléfono: | Correo Electrónico: | |
| Código Registro Especial Prestadores Servicios Salud - REPS **(si es un prestador de servicios de salud)** | | |
| Municipio: | | Dirección: |
| Razón Social del propietario: | | |
| Nit. | | |
| Nombres y Apellidos del Representante Legaldel propietario: | | |
| N° documento del Representante Legaldel propietario: | | |
| Al presentar esta solicitud, autorizo a la Secretaría de Salud e Inclusión Social para ser notificado de todos los asuntos relacionados, incluyendo el acto administrativo que decida el trámite, a través del siguiente correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| Firma Representante Legal del contratista: | | |

**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 el departamento de Antioquia deberá atender los siguientes requisitos de acuerdo con la clasificación seleccionada en el punto 2:

|  |
| --- |
| **Depósito de medicamentos** |
| Solicitud Código: FO-M5-P2-012 diligenciada y firmada por el propietario/representante legal o su apoderado debidamente facultado, adjuntando el respectivo poder |
| Listado de medicamentos sometidos a fiscalización a autorizar, indicando para cada uno: nombre expresado en Denominación Común Internacional, concentración y forma farmacéutica. |
| Copia del contrato de trabajo del director técnico. |

|  |
| --- |
| **Droguería / Farmacia-Droguería** |
| Solicitud Código: FO-M5-P2-012 diligenciada y firmada por el propietario/representante legal o su apoderado debidamente facultado, adjuntando el respectivo poder |
| Listado de medicamentos sometidos a fiscalización a autorizar, indicando para cada uno: nombre expresado en Denominación Común Internacional, concentración y forma farmacéutica. |
| Copia del contrato de trabajo del director técnico. |
| **NOTA:** Cuando se trate de una Farmacia – Droguería o Droguería con contrato para suministro de medicamentos, anexar el certificado del contrato con la Empresa Administradora de Planes de Beneficios. |

|  |
| --- |
| **Prestador de Servicios de Salud con Servicio Farmacéutico** |
| Solicitud Código: FO-M5-P2-012 diligenciada y firmada por el propietario/representante legal o su apoderado debidamente facultado, adjuntando el respectivo poder |
| Listado de medicamentos sometidos a fiscalización a autorizar, indicando para cada uno: nombre expresado en Denominación Común Internacional, concentración y forma farmacéutica. |
| Copia del contrato de trabajo del director técnico. |
| **NOTA 1:** Si el servicio farmacéutico es contratado, el contratista debe diligenciar adicionalmente 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. |
| **NOTA 2:** Si se cuenta con contrato con central de mezclas para el ajuste de medicamentos incluidos los de control especial se debe adjuntar, además, los siguientes documentos:   * Copia del contrato entre la central de mezclas y la institución. * Copia del Certificado de Buenas Prácticas de Elaboración – BPE vigente de la central de mezclas. |

|  |
| --- |
| **Servicio Farmacéutico Independiente** |
| Solicitud Código: FO-M5-P2-012 diligenciada y firmada por el propietario/representante legal o su apoderado debidamente facultado, adjuntando el respectivo poder |
| Listado de medicamentos sometidos a fiscalización a autorizar, indicando para cada uno: nombre expresado en Denominación Común Internacional, concentración y forma farmacéutica. |
| Copia del contrato de trabajo del director técnico. |
| Certificado del contrato con la Empresa Administradora de Planes de Beneficios |

|  |
| --- |
| **Prestador de Servicios de Salud sin Servicio Farmacéutico** |
| Solicitud Código: FO-M5-P2-012 diligenciada y firmada por el propietario/representante legal o su apoderado debidamente facultado, adjuntando el respectivo poder |
| Listado de medicamentos sometidos a fiscalización a autorizar, indicando para cada uno: nombre expresado en Denominación Común Internacional, concentración y forma farmacéutica. |
| Copia del contrato de trabajo del Profesional Responsable del manejo de los medicamentos de control especial. |
| **NOTA:** 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, propietario y modalidad, los cuales deberán estar debidamente registrados en el REPS. |

|  |
| --- |
| **Establecimientos Veterinarios** |
| Solicitud Código: FO-M5-P2-012 diligenciada y firmada por el propietario/representante legal o su apoderado debidamente facultado, adjuntando el respectivo poder |
| Listado de medicamentos sometidos a fiscalización a autorizar, indicando para cada uno: nombre expresado en Denominación Común Internacional, concentración y forma farmacéutica. |
| Copia del contrato de trabajo del Profesional Responsable del manejo de los medicamentos de control especial (Médico Veterinario y Zootecnista o Médico Veterinario). |
| **NOTA:** Cuando se realicen actividades de venta al por mayor o al detal de medicamentos de control especial se debe adjuntar fotocopia de la inscripción ante el ICA. |

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

Radicar la solicitud y documentos anexos a través del correo electrónico [gestiondocumental@antioquia.gov.co](mailto:gestiondocumental@antioquia.gov.co).

1. **PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN**

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

* 1. La Secretaría de Salud e Inclusión Social 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 trámite 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 de Salud e Inclusión Social 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 renovación se debe tener en cuenta que las autorizaciones anteriores pierden vigencia, por tanto, los medicamentos contenidos en estas también pierden vigencia.
  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](mailto:viviana.madrigal@antioquia.gov.co); en cuanto sea confirmado el pago con el área de Tesorería de la Secretaría, se notificará 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.**
  2. Depósitos de medicamentos y establecimientos veterinarios con venta al por mayor: **15 salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes.**

**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, Nit 890900286-0.

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: 6043839944 – 6043839856 o en los correos electrónicos viviana.madrigal@antioquia.gov.co – paola.gomez@antioquia.gov.co***