



GOBERNACIÓN DEL HUILA
Secretaría de Salud Departamental

_____ (Ciudad y fecha)

Señor

SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
Cra 20 No 5B – 36
Neiva

Yo _____, identifico con cedula de ciudadanía _____ de _____ atentamente me permito solicitar el trámite de la credencial de expendedor de drogas, para lo cual presento la siguiente información:

Nombre y Apellidos (como aparecen en la cedula de ciudadanía)

Cedula de Ciudadanía No _____ Expedida en

Dirección de la residencia _____ Teléfono

Ciudad _____

Dirección actual del Trabajo _____

Teléfono: _____ Ciudad _____

Nombre del establecimiento _____

Nombre Completo del propietario o responsable del establecimiento

Nombre del director técnico responsable de la droguería _____





GOBERNACIÓN DEL HUILA

Secretaría de Salud Departamental

Adjunto los siguientes documentos:

- ✓ Fotocopia u original del Registro Civil de nacimiento, con fecha actualizada, para las personas nacidas después de 1939, Partida de Bautismo para los nacidos antes de 1939.
- ✓ Original y fotocopia del documento de identificación (cedula de ciudadanía).
- ✓ Fotocopia de la libreta militar (excepto los mayores de 50 años).
- ✓ Original y Fotocopia de Certificación de estudios (mínimo 11 año de bachillerato).
- ✓ Certificado de salud original (expedido por un médico debidamente registrado en la Secretaría de Salud) en donde conste que el solicitante no padece enfermedad infecto contagiosa que le impida vivir en comunidad.
- ✓ Certificado de residencia o vecindad (Expedido por la alcaldía, o la dirección de justicia Municipal, del lugar de domicilio del solicitante).
- ✓ Declaración original de dos (2) químicos farmacéuticos o Médicos debidamente autorizados (registrados en la Secretaría de Salud del Huila) en la que conste que el peticionario se ha desempeñado como empleado vendedor en Droguerías, con honorabilidad, competencia y consagración durante un periodo no menor de 10 años. Los profesionales declarantes deberán tener como mínimo diez (10) años de graduarse a la fecha de la declaración, indicar dirección y teléfono.
- ✓ Constancia de Trabajo y/o fotocopia de los contratos de trabajo, donde especifique claramente el tiempo y la ubicación del establecimiento. Se verifica la afiliación a la seguridad social, como mecanismo de verificación del ejercicio de 10 años.
- ✓ Presentación de examen de conocimientos en manejo de medicamentos o su defecto el certificado de auxiliar de servicio farmacéutico, droguería o farmacia droguería, para constar el conocimiento de las normas sanitarias.
- ✓ Constancia de no haber sido sancionado por comercio ilegal de medicamentos de control especial y del ejercicio de la farmacia en Colombia, la secretaria se encarga de verificar este requisito.
- ✓ Certificado de cámara de comercio, requisitos para los propietarios de las droguerías.
- ✓ Carpeta folder color azul plastificada con gancho para archivar documentos.
- ✓ Dos fotografías tamaño cedula de ciudadanía.

Cordialmente,

Firma del Solicitante
Nombre del Solicitante _____
C.C. _____

Firma funcionario que recibe:
Fecha de recibido _____





GOBERNACIÓN DEL HUILA
Secretaría de Salud Departamental

DECLARACION

Yo _____ identificado con el número de cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ residente en _____ de estado civil _____ mayor de edad, nacido en _____ el día _____ del mes de _____ de _____, con _____ años de edad, de profesión _____. Con Autorización del ejercicio profesional (antiguo registro) por resolución No _____ del _____(mes) de _____ (año), sin nexos de Ley con el peticionario declaro que conozco de trato, comunicación desde hace más de diez años al señor(a) _____ identificada(o) con cedula de ciudadanía No _____ expedida en _____, conozco desde hace _____ años y es cierto que desde que lo conozco ha venido prestando los servicios de vendedor de medicamentos, en los establecimientos _____, _____; ubicados en _____ labor que desempeña con honorabilidad, responsabilidad y competencia.

Fecha: _____

Firma del Declarante _____

Nombre del Declarante _____

