



DIVISION DE MEDICAMENTOS Y FARMACIA  
**SOLICITUD DE LICENCIA DE FARMACIA**  
Institucional ( ) Comunidad ( )

FECHA RADICACIÓN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
  día /mes /año

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ USO OFICIAL \_\_\_\_\_

PROPÓSITO:  Nueva Creación  Cambio de nombre/dueño  Reubicación  Renovación

**A. INFORMACIÓN CONCERNIENTE A LA FARMACIA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número Licencia Farmacia actual: \_\_\_\_\_ (En caso de renovación)

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Número Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

(Si es la misma escribir: "la misma")

\_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_

**Horario de trabajo y/o negocio:**

Lunes: \_\_\_\_\_ A.M. \_\_\_\_\_ P.M.      Viernes: \_\_\_\_\_ A.M. \_\_\_\_\_ P.M.

Martes: \_\_\_\_\_ A.M. \_\_\_\_\_ P.M.      Sábado: \_\_\_\_\_ A.M. \_\_\_\_\_ P.M.

Miércoles: \_\_\_\_\_ A.M. \_\_\_\_\_ P.M.      Domingo: \_\_\_\_\_ A.M. \_\_\_\_\_ P.M.

Jueves: \_\_\_\_\_ A.M. \_\_\_\_\_ P.M.      Nota: Cualquier cambio en el horario durante el año tiene que notificarlo.

**B. INFORMACIÓN CONCERNIENTE AL DUEÑO** ASOCIACIÓN [ ] CORPORACIÓN [ ] INDIVIDUO [ ] GOBIERNO [ ]

Nombre: \_\_\_\_\_

(Especifique nombre completo de la Sociedad. Asociación, Corporación o Individuo)

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Número Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Nota: En caso de corporación debe acompañar esta

(Si es la misma escribir: "la misma")

solicitud de una certificación de vigencia del

Departamento de Estado y el nombre y dirección de

Cada uno de los oficiales de la Corporación.

\_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_

**C. Información sobre el FARMACEUTICO REGENTE:**

Nombre \_\_\_\_\_ # Licencia \_\_\_\_\_ # Registro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección Postal \_\_\_\_\_

Física \_\_\_\_\_ (Si es la misma escribir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
"la misma") \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_



**D. Información y Horario de TODOS los farmacéuticos – Someter copia del registro de profesionales vigente**  
 (Si son mas de tres (3) hacer copia de esta sección y acompañarla con esta solicitud - Además, incluir al regente)

		<b>Horario</b>	
1. Nombre _____	L _____	V _____	
Número Licencia _____	M _____	S _____	
Número Registro _____	M _____	D _____	
<b>Firma</b> _____	J _____	Almuerzo _____	
2. Nombre _____	L _____	V _____	
Número Licencia _____	M _____	S _____	
# Registro _____	M _____	D _____	
<b>Firma</b> _____	J _____	Almuerzo _____	
3. Nombre _____	L _____	V _____	
Número Licencia _____	M _____	S _____	
Número Registro _____	M _____	D _____	
<b>Firma</b> _____	J _____	Almuerzo _____	

**NOTA: Si el horario de servicio no se cubre con el personal desglosado arriba, no se expedirá la licencia**

**CERTIFICACION**

**ADVERTENCIA:** Cualquier información provista en esta solicitud que resulte ser falsa podrá dar base al Departamento de Salud para la imposición de multas, suspensión o revocación de la licencia otorgada.

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, vecino de \_\_\_\_\_  
 certifico que toda la información que antecede en esta solicitud es la **VERDAD**.

Hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
**Puesto que ocupa** **Firma**

Incluir cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda por \$ 100.00

**USO OFICIAL**

Fecha de evaluación \_\_\_\_\_

Aprobada ( ) Denegada ( )

Oficial Examinador \_\_\_\_\_

Razones \_\_\_\_\_