

2	TRASLADO DE DISTRIBUIDORA REGIONAL DE MEDICAMENTOS RECONOCIDOS POR LEY 1737 (Inspección por traslado)	PRESENTAR EN FOLDER	1.- Memorial dirigido al Director Técnico Departamental de Salud solicitando el TRASLADO de DISTRIBUIDORA REGIONAL DE MEDICAMENTOS RECONOCIDOS POR LEY 1737		621
			EL MEMORIAL DEBE CONTENER	Nombre completo del propietario o representante legal de la Distribuidora	
				Razón Social o Denominación de la Distribuidora	
				Ubicación exacta de la DISTRIBUIDORA calle y numeración, en caso no tenga numeración, ni nombre de la calle descripción referencial de la ubicación	
				Horario de Atención	
				Nombre completo del Regente Farmacéutico	
				Firma del propietario o representante legal de la DISTRIBUIDORA al pie del Memorial	
			2.- Documentación administrativa del PROPIETARIO o REPRESENTANTE LEGAL		
			DEBE PRESENTAR	Fotocopia (simple) de la cedula de identidad del propietario o representante legal	
				NIT fotocopia (simple)	
NOTA: TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PREVIAMENTE VERIFICADA POR LA SUB-UNIDAD DE FARMACIA ANTES DE LA ENTREGA A SECRETARIA DE DIRECCIÓN DEL SEDES					