

**PROGRAMA DE ACCESIBILIDAD DE MEDICAMENTOS -PROAM-**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

11 Av. A 11-57, ZONA 7 COLONIA LA VERBENA

PBX. 2206-3806 FAX 2440-3198

**SOLICITUD DE APERTURA**

**Señor (a):**

**Gerente General,**

**Programa de Accesibilidad de Medicamentos –PROAM–**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años de edad, con Documento Personal de Identificación cuyo código único de identificación es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Actúo en mi calidad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y señalo como lugar para recibir notificaciones, citaciones y/o emplazamientos en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; ante usted atentamente;

**SOLICITO:**

Que se proceda a AUTORIZAR, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Venta Social de Medicamentos, a mi representada cuya denominación o razón social es:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con código de afiliación en el Programa de Accesibilidad de Medicamentos -PROAM-, número:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y convenio de afiliación número:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del mes de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A ubicarse en la dirección (Aldea, paraje, cantón, barrio, calle, avenida, calzada, municipio, departamento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaro y juro que la información proporcionada en este formulario es exacta, en caso contrario me responsabilizo por el delito de perjurio. Artículo 459 del código penal decreto 17-73 del congreso de la república.**

Guatemala \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Nombre y Apellidos del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sello

|  |
| --- |
| **USO EXCLUSIVO REGISTRO:** |
|  |
| Código de administrador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Establecimiento No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Guatemala, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**REQUISITOS DE APERTURA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Documentación | Observaciones |
| a. | Solicitud de apertura firmada y sellada por el representante legal. | --- |
| b. | Acta de asamblea general (ordinaria o extraordinaria). En donde se faculta al Represéntate Legal de la Organización solicitar la apertura de un nuevo establecimiento. | Copia certificada |
| c. | Nombramiento del encargado(s) de la venta. | Adjuntar copia de DPI |
| d. | Copia de la tarjeta de salud o certificado médico vigente del encarado(s) de la venta. | Presentar original para confrontar |
| e. | Copia del diploma de dependiente o auxiliar de farmacia del encargado(s) de la venta\*. |
| f. | El local comercial debe cumplir con las condiciones y requisitos establecidos para su funcionamiento\*\*. | Se realizará inspección al completar la documentación. |
| g. | Estar a mil metros de distancia de otro establecimiento afiliado a PROAM. |
| h. | Croquis (mapa digital o dibujo rápido) de la ubicación de la farmacia indicando calles, avenidas, puntos de referencia etc. | --- |

\*Si la persona encargada de la venta no cuenta con el diploma de Dependiente de Farmacia o Auxiliar de Farmacia acreditado por las escuelas formadoras autorizadas por PROAM, o por las escuelas reconocidas por el MSPAS, el representante legal debe firmar una carta en donde se compromete a que el encargado reciba el curso dentro de los seis meses siguientes.

\*\*Condiciones y requisitos que debe cumplir el local comercial

* **Tamaño:** superficie mínima de 2x3 metros.
* **Construcción:** techo y paredes de materiales resistentes.
* **Servicios básicos**: agua potable, sanitario y lavamanos.
* **Ventilación:** equipo de aire acondicionado o suficiente ventilación natural.
* **Iluminación:** suficiente iluminación, ya sea natural o artificial.
* Debe estar alejado de lugares que se consideren con riesgo de contaminación.