

**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 TRASLADO**

**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, el TRASLADO, de la Venta Social de Medicamentos, número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y amparada con licencia sanitaria número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de mí 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ubicada actualmente en la dirección (aldea, paraje, cantón, barrio, calle, avenida, calzada, municipio, departamento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para ser trasladada a la dirección siguiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**REQUISITOS DE TRASLADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Documentación | Observaciones |
| a. | Solicitud de traslado 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 a solicitar el traslado de la Venta Social. | Copia certificada |
| c. | Licencia Sanitaria original. | --- |
| d. | En caso de cambiar al encargado(s) de la venta adjuntar los documentos correspondientes para su actualización\*. | --- |
| e. | El local comercial debe cumplir con las condiciones y requisitos establecidos para su funcionamiento\*\*. | Se realizará inspección al completar la documentación. |
| f. | Estar a mil metros de distancia de otro establecimiento afiliado a PROAM. |
| g. | Croquis (mapa digital o dibujo rápido) de la ubicación de la farmacia indicando calles, avenidas, puntos de referencia etc. | --- |

\*requisitos para cambio de encargado(s) de venta

* Nombramiento del encargado(s) de la venta. Adjuntar copia de dpi.
* Copia de la tarjeta de salud o certificado médico vigente del encargado(s) de la venta. Presentar original para confrontar.
* Copia del diploma de dependiente o auxiliar de farmacia del encargado(s) de la venta. Presentar original para confrontar.

\*\*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.