



LISTA DE CHEQUEO PARA LA EXPEDICION DE CREDENCIAL DE EXPENDEDOR DE DROGAS

Código
Versión
01

| | |
|--------------------------------|---|
| Fecha de entrega de Documentos | Nombre de quien decepciona la documentación |
| | |

| INFORMACION PERSONAL | | | | |
|----------------------|------------|-------------|-------------|------|
| 1°Nombre | 2°Apellido | 1° Apellido | 2° Apellido | Sexo |
| | | | | |

| | | | |
|---|--------------------|--------------|---------------|
| IDENTIFICACION: T.I. ___ C.C. ___ CE_____ PP_____ | | | |
| No _____ | | | |
| Fecha de nacimiento | Ciudad o municipio | Departamento | país |
| | | | |
| Dirección Envió de correo | ciudad | e-mail | Teléfono/cel. |
| | | | |

Marque con una (x) documentos que entrega a la oficina de control de medicamentos para que se expida la credencial de Expendedor de drogas.

- Solicitud de expedición de credencial, dirigida a la director (a) del instituto departamental de salud de Nariño
- Registro civil de nacimiento, o partida de bautizo, según el caso.
- Certificado de la Registraduria Nacional del Estado Civil sobre vigencia de la Cedula de Ciudadanía.
- Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía
- Fotocopia de la Libreta Militar, si es caso
- Certificado de terminación de Estudios Primarios
- Certificación de salud, expedido por un médico, debidamente registrado en el ministerio de salud, en donde conste que el solicitante no padece enfermedad infecto-contagiosa que le impida vivir en comunidad
- Solicitud de certificación de no haber sido sancionada por comercio disposiciones sobre medicina
- Fotocopia del certificado judicial actualizado, expedido por el departamento Administrativa de seguridad "DAS" de la Respectiva seccional.
- Certificado de vecindad expedido por la autoridad competente el lugar del domicilio del interesado
- Declaración jurada de dos (2) químicos farmacéuticos o médicos graduados, debidamente registrados ante el instituto Departamental de salud de Nariño, rendidas ante juez o autoridad competente (IDSN) con intervención del agente del Ministerio Público. En donde conste que el peticionario se ha desempeñado como empleado vendedor en droguerías Con honorabilidad, competencia y consagración durante un periodo no menor de diez (10) años. Los declarantes deben tener como Mínimo diez (10) años de graduados a la fecha de su declaración
- Dos fotografías recientes, tamaño cedula.
- Diligenciamiento lista de chequeo.

Nota: el retiro de expendedor de Drogas se hará en forma personal por el titular, en caso contrario se deberá presentar poder original autenticado por la autoridad competente



Fecha de solicitud: _____
Nombres y Apellidos (Como aparece en la cedula) _____

Numero de Cedula: _____ Expedida en: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Años Cumplidos _____
Municipio de Origen: _____ Tiempo de Residencia: _____
Empresa donde Labora actualmente: _____
Fecha de inicio de labores: _____ Municipio: _____
Dirección de droguería: _____ Teléfono: _____
Dirección de Residencia: _____ Telefono: _____
Celular: _____ Municipio _____

Relacionar cronológicamente los establecimientos donde ha trabajado y/o está laborando como vendedor de mostrados en horario de tiempo completo mínimo ocho (8) horas diarias.

1- Nombre del Establecimiento: _____
Dirección: _____ Telefono: _____
Celular _____ Municipio _____
Nombre completo del propietario: _____
Laboro desde _____ Hasta _____
Horario: _____

| | |
|-------------------------------------|----------------------|
| TIEMPO LABORADO - No De años | No. De Meses: |
|-------------------------------------|----------------------|

2- Nombre del Establecimiento: _____
Dirección: _____ Telefono: _____
Celular _____ Municipio _____
Nombre completo del propietario: _____
Laboro desde _____ Hasta _____
Horario: _____

| | |
|-------------------------------------|----------------------|
| TIEMPO LABORADO - No De años | No. De Meses: |
|-------------------------------------|----------------------|

3- Nombre del Establecimiento: _____
Dirección: _____ Telefono: _____
Celular _____ Municipio _____
Nombre completo del propietario: _____
Laboro desde _____ Hasta _____
Horario: _____

| | |
|-------------------------------------|----------------------|
| TIEMPO LABORADO - No De años | No. De Meses: |
|-------------------------------------|----------------------|

4- Nombre del Establecimiento: _____
Dirección: _____ Telefono: _____
Celular _____ Municipio _____



Nombre completo del propietario: _____
Laboro desde _____ Hasta _____
Horario: _____

TIEMPO LABORADO - No De años

No. De Meses:

5- Nombre del Establecimiento: _____
Dirección: _____ Telefono: _____
Celular _____ Municipio _____
Nombre completo del propietario: _____
Laboro desde _____ Hasta _____
Horario: _____

TIEMPO LABORADO - No De años

No. De Meses:

El instituto departamental de Nariño se reserva el derecho. De verificar la información suministra en los documentos presentados que acrediten los requisitos ,para tal fin las personas que los expiden deben anotar su dirección y teléfono y estar dispuestas a su verificación ante las autoridades competentes. En caso de encontrarse falsedad en algún documento, se procederá de acuerdo a las normas legales vigentes y el interesados perderá el derecho a tramitar le credencial de expendedor de drogas.

Fecha de Recibido: _____
Fecha de notificación a usuarios: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD