

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO
REQUISITOS PREVIOS – LICENCIA DE OPERACIÓN

ESTIMADOS CLIENTES:

PARA ACEPTAR LOS TRÁMITES DE INICIO, MODIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE LICENCIAS DE OPERACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, DEBERÁ CUMPLIR CON LA PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

FAVOR MARCAR CON (X) LO QUE PRESENTE DE ACUERDO AL TIPO DE TRÁMITE

LICENCIA No: _____ (no aplica si es un Inicio) FECHA DE SOLICITUD: _____

TASA DE SERVICIOS POR LICENCIA

- Agencia, Laboratorio y Droguería: B/. 50.00
- Farmacia: B/. 38.00; Botiquín de Pueblo: B/. 15.00
- Modificación de Licencia de Operación: B/. 10.00

A. INICIO: ☐

1. ____ Original del Certificado de Registro Público. Hago constar que el nombre del Representante Legal indicado en la solicitud, Coincide con el Descrito en el Certificado de Registro Público (si aplica). **EL CERTIFICADO ES VALIDO SOLO POR SEIS MESES DESPUES DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN. SÓLO SE PRESENTA SI ES PERSONA JURÍDICA.**
2. ____ **Fotocopia** de cédula del Representante Legal o Propietario y Regente Farmacéutico y Farmacéuticos de turno (si aplica).
3. ____ En caso que el regente labore en otra empresa, ANEXAR cartas de CERTIFICACIÓN DE HORARIO DEL REGENTE firmadas por el Jefe Inmediato y/o Representante Legal o Propietario de la otra empresa.**
4. ____ **PODER NOTARIADO** (Apoderado Especial) o **FOTOCOPIA DEL PODER GENERAL** (si aplica).

**** Art. 19, Ley 24 del 29 de Enero de 1963. (Un mismo farmacéutico no podrá regentar, en un mismo horario, dos (2) o más establecimientos farmacéuticos.**

B. RENOVACIÓN: ☐

1. ____ Fotocopia de la última Licencia de Operación autorizada.
2. ____ Fotocopia de cédula del Regente y de Representante Legal o Propietario y/o Apoderado (si se ha realizado algún cambio).
3. ____ Fotocopia del Certificado de Registro Público. Hago constar que el nombre del Representante Legal Coincide con el Descrito en el Certificado de Registro Público (si aplica). **EL CERTIFICADO ES VALIDO SOLO POR SEIS MESES DESPUES DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN. SÓLO SE PRESENTA SI ES PERSONA JURÍDICA.**
4. ____ **Fotocopia simple del AVISO DE OPERACIÓN, que detalle la actividad autorizada, el representante legal del establecimiento comercial y estar Activo en Panamá Emprende (SUJETO A VERIFICACIÓN INTERNA).**

C. MODIFICACIÓN POR: ☐

1. ____ Cambio de Regente – Adjuntar fotocopia de cédula y Certificación de Horario (si aplica). Deberá adjuntar carta de renuncia, despido o traslado de Regente Farmacéutico Anterior.
2. ____ Cambio de Representante Legal – Fotocopia de Cédula o Pasaporte. Copia de Aviso de Operación con el nuevo Propietario o Representante legal.
3. ____ En caso de cambio de Persona Jurídica o Junta Directiva, anexar **CERTIFICADO ORIGINAL DE REGISTRO PÚBLICO.**
4. ____ **AUMENTO DE ACTIVIDAD O CAMBIO DE UBICACIÓN (debe ser detallado en la solicitud, ya que requiere inspección).**
5. ____ **ADJUNTAR LICENCIA ORIGINAL DEL ESTABLECIMIENTO (documento obligatorio).**

Art. 89. Ley No. 1 del 10 de enero del 2001 (Responsabilidad del Profesional Farmacéutico):

El profesional farmacéutico que asume la dirección técnica o regencia farmacéutica de cualquier establecimiento farmacéutico, es responsable legal y moralmente de todas las operaciones técnicas que se desarrollen allí. Él velará para que todo producto farmacéutico que se expenda o dispense conserve las características que estipula el laboratorio fabricante, en lo relacionado con la estabilidad, manejo y almacenamiento de los productos. Además, se ajustará a las disposiciones legales vigentes relacionadas con la dispensación de medicamentos. Igual responsabilidad tendrá con los productos que su re envasen o preparen un el establecimiento farmacéutico. La responsabilidad del regente farmacéutico no exime de responsabilidad al propietario del establecimiento farmacéutico.

Firma: Funcionario de la Recepción.

Nombre: Por la empresa y Cédula (imprenta)

☐ Aceptado

☐ Rechazado

Teléfono: _____

Observación: Esto no es indicativo que el trámite cumple con los requisitos en su totalidad.
Se Verificará la información suministrada.

JA/2018