

**LISTA DE CHEQUEO  
REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN**  
"Aseguradoras y Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), con suministro de medicamentos en outsourcing con distribuidores"

CÓDIGO:	F-AM-M-01 Ext.
VERSIÓN:	2.0
FECHA:	Nov. 30 de 2020
PÁGINA:	1 DE 1

<b>FECHA:</b>		<b>ASUNTO:</b>	
<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b>			
<b>ENTIDAD CONTRATISTA:</b>			
<b>RADICADO</b>		<b>FECHA:</b>	

D O C U M E N T A C I Ó N	REQUISITO SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1478 DE 2006	CUMPLE	NO CUMPLE
	Solicitud firmada por el Representante Legal de la entidad contratante.		
	Copia del documento vigente por medio del cual se establece la prestación del servicio. (Contrato).		
	Listado de medicamentos de control especial a dispensar, indicando nombre genérico que incluya: principio(s) activo(s) en denominación común internacional, forma farmacéutica y concentración.		
	Acta de la visita efectuada por las Direcciones, Institutos o Secretarías Departamentales, o Distritales de Salud, con fecha no mayor a un (1) año, con evaluación y concepto <b>favorable</b> de las condiciones de manejo de medicamentos sometidos a fiscalización, para el (los) establecimiento(s) en el que se hará la dispensación ambulatoria de los medicamentos.		
	Copia de la tarjeta profesional del Químico Farmacéutico o del Carné o Resolución de Inscripción ante la Autoridad Sanitaria competente, para Tecnólogo en Regencia de Farmacia o Químico Farmacéutico, presentado como Director Técnico de cada establecimiento.		
	Copia del contrato vigente y completo del Director Técnico de cada establecimiento.		

REQUISITOS ADICIONALES	CUMPLE	NO CUMPLE
Verificación de la existencia, representación legal de la entidad o establecimiento y vigencia de la Matrícula Mercantil (Certificado de Cámara de Comercio, o <a href="http://www.rue.com.co">www.rue.com.co</a> ), o copias de los documentos por los cuales: se crea la entidad (Personería Jurídica), y se nombra y posesiona el Representante Legal, o certificación de las anteriores, emitida por la autoridad competente.		
Verificación en bases de datos de la disponibilidad del Director Técnico para cumplir con el horario de permanencia mínimo y funciones propias de la Dirección Técnica.		

<b>Clasificación del servicio farmacéutico según habilitación</b>	No habilitado	Bajo	Medio	Alto
---	---------------	------	-------	------

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

Nombre legible de quien realiza el chequeo	
Firma	