

ESTIMADOS CLIENTES:

PARA AGILIZAR LOS TRÁMITES DE INICIOS Y RENOVACIONES DE LICENCIAS DE OPERACIONES, DEBERÁ CUMPLIR CON LA PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

**FAVOR MARCAR CON (✓) LO QUE PRESENTA DE ACUERDO AL TIPO DE TRÁMITE**

LICENCIA No. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ doy fe de la documentación que adjunto, de la empresa \_\_\_\_\_.

**POR INCIO DE OPERACIÓN:**

1. \_\_\_\_\_ **REGISTRO PÚBLICO:** copia notariada u original.
2. \_\_\_\_\_ **Copia** de Cédula del Representante Legal o Propietario y Regente Farmacéutico y Farmacéuticos de turnos (si aplica).

**TASA DE SERVICIOS POR LICENCIA**  
- Agencia, Laboratorio y Droguería: B/. 50.00  
- Farmacia: B/. 38.00; Botiquín de pueblo: B/. 15.00.

**POR RENOVACIÓN DE LICENCIA:**

1. \_\_\_\_\_ **Copia simple** del **AVISO DE OPERACIÓN**, el cual debe estar **firmado en original (preferible)** por el declarante (tramitador) y propietario o representante legal del establecimiento comercial y estar **Activo** en Panamá Emprende (**SUJETO A VERIFICACIÓN INTERNA**).
2. \_\_\_\_\_ En caso de Sociedades Anónimas, **Copia simple u Original** del Certificado de Registro Público actualizado donde se indique **CLARAMENTE** el Representante Legal de la Empresa y en ésta Dirección es válido por **seis** meses después de la fecha de expedición, sin importar si el mismo no ha sufrido cambios o modificaciones.

**POR MODIFICACIÓN DE LICENCIA: (B/. 10.00)**

1. \_\_\_\_\_ Licencia **original vigente** del Establecimiento
2. \_\_\_\_\_ Copia de Cédula del nuevo regente o Propietario o Representante Legal (en caso de cambio de alguno)
3. \_\_\_\_\_ Carta de Renuncia o Despido o Traslado si existe cambio de regente Farmacéutico.
4. \_\_\_\_\_ Aviso de Operación modificado con el nuevo Propietario o Representante Legal o Dirección (si aplica)
5. \_\_\_\_\_ En caso de cambio de Sociedad Anónima o Junta Directiva, anexar original del Registro Público.

**ADEMÁS DE (APLICA PARA TODOS LOS TRÁMITES):**

1. \_\_\_\_\_ Franqueo Fiscal por **B/. 8.00** ó adjuntar boleta de pago de Timbres Fiscales por el Banco Emisor
2. \_\_\_\_\_ La solicitud debidamente firmada por:
  - o Regente
  - o Farmacéuticos de Turno (si aplica)
  - o Representante Legal o Propietario, según consta en el Aviso de Operación o
  - o Apoderado con su respectivo **PODER NOTARIADO**.
3. \_\_\_\_\_ Anexar copia de cedula o pasaporte de los firmantes, incluso los apoderados.
4. \_\_\_\_\_ En caso que el regente labore en otra empresa, **ANEXAR** cartas de **CERTIFICACIÓN DE HORARIO DE REGENCIA** firmadas por el Jefe Inmediato y/o Representante Legal o Propietario de la otra empresa.
5. \_\_\_\_\_ **ANEXAR** el cronograma de rotación de horario **AVALADO POR EL JEFE INMEDIATO**; cuando el **REGENTE LABORE EN TURNOS ROTATIVOS**.
6. \_\_\_\_\_ 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 EXPEDICION**.
7. \_\_\_\_\_ Hago Constar que el nombre del Propietario coincide con el descrito en el Aviso de Operación y Registro público en caso de ser sociedad anónima.
8. \_\_\_\_\_ Hago constar que en el Memorial o Solicitud se detalla la actividad que va a realizar la empresa. Las actividades deben estar amparadas en el **Aviso de Operación. (Sujeto a verificación)**.
9. \_\_\_\_\_ Hago constar que la solicitud detalla toda la información requerida: Teléfono, **CORREO ELECTRONICO (OBLIGATORIO)**, nombre del establecimiento, dirección comercial, horario del establecimiento, horario del regente, dirección del regente y número de idoneidad, etc.

Nombre: Por la empresa y Cédula (imprenta)  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: Funcionario de la Recepción de Documentos