

**FECHA:**

**Solicitante del trámite (persona de contacto):**

**Teléfonos de contacto:**

**Correo del solicitante:**

**Dirección para envío de Resoluciones:**

Nota: el solicitante del trámite es la persona con la que se pondrá en contacto el ISP para coordinar las visitas de los inspectores.

**TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

1. Farmacia comunitaria alopática      2. Farmacia comunitaria homeopática      3. Farmacia Móvil  
4. Unidad de Farmacia de establecimientos de atención de salud

**Recetario Magistral**      **Sí**      **No**

En caso de respuesta Sí, presentar carta del Director técnico de la farmacia solicitando autorización para elaborar los diferentes tipos y Formas farmacéuticas según lo señala el Art 9 del DS 79/2010 (Reglamento Aplicable a la Elaboración de Preparados Farmacéuticos en Recetario de Farmacia).

**1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO**

**1.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL**

Razón social  
RUT  
Dirección casa matriz  
Comuna  
Teléfonos de contacto  
Correo electrónico

**1.2 REPRESENTANTE LEGAL DE LA FARMACIA**


Nombre completo  
Cedula de identidad o RUT  
Domicilio legal  
Comuna  
Teléfonos de contacto  
Correo electrónico

**1.3 INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA**

Nombre de fantasía  
Numero de local  
Dirección  
Comuna  
Teléfonos de contacto  
Correo electrónico

**1.4 HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA**

Lunes a viernes  
Sábados  
Domingo  
Festivos


 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<b><u>FARMA F-01</u></b>	Versión:01 Página 2 de 4
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE INSTALACIÓN DE FARMACIA	Actualización: 01/08/2014

## 2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA

--

## 3.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO Y OTROS PROFESIONALES QUÍMICOS FARMACÉUTICOS REEMPLAZANTE

<b>3.1</b>	<b>DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO</b>
	Nombre
	Cédula de Identidad o RUT
	Profesión
	Domicilio particular
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
	<b>HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>
	Lunes a viernes
	Sábados
	Domingo
	Festivos
<b>3.2</b>	<b>QUÍMICO FARMACÉUTICO REEMPLAZANTE N° 1</b>
	Nombre
	Cédula de identidad o RUT
	Domicilio particular
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
	<b>HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>
	Lunes a viernes
	Sábados
	Domingo
	Festivos
<b>3.3</b>	<b>QUÍMICO FARMACÉUTICO REEMPLAZANTE N° 2</b>
	Nombre
	Cédula de identidad o RUT
	Domicilio particular
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
	<b>HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>
	Lunes a viernes
	Sábados
	Domingo
	Festivos

 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<b><u>FARMA F-01</u></b>	Versión:01 Página 3 de 4
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE INSTALACIÓN DE FARMACIA	Actualización: 01/08/2014

<b>3.4</b>	<b>QUÍMICO FARMACÉUTICO REEMPLAZANTE N° 3</b>	
	Nombre	
	Cédula de identidad o RUT	
	Domicilio particular	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
	<b>HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

<b>4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)</b>	<b>ADJUNTA</b>
4.1 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos (Escritura de propiedad, Arriendo, Comodato, Cesión de Derecho u otro).	
4.2 Escritura Pública de Constitución de Sociedad; > Inscripción en el registro de comercio > Publicación en el diario oficial del extracto de constitución de sociedad > Documento que acredite al Representante Legal > Fotocopia simple de RUT de la empresa	
4.3 Plano o croquis a escala, dimensionado y funcional del edificio o inmueble, que indique superficie total, la distribución, puertas y sentidos de apertura y función de las dependencias (Sala de ventas, oficinas, baños, comedor, bodega, vestidores, entre otros) y simbología de su implementación (muebles, repisas, estantes, extintores, lavaplatos, lavamanos, refrigerador, etc.).	
4.4 Declaración firmada del profesional Químico Farmacéutico(a) que asumirá la Dirección Técnica del establecimiento, utilizando formulario <b>Farma F-16</b> , Informa cambio de dirección técnica de farmacia.	
4.5 Declaración firmada del profesional Químico Farmacéutico(a) que asumirá la Dirección Técnica Reemplazante del establecimiento, utilizando formulario <b>Farma F-16</b> , Informa cambio de dirección técnica de farmacia.	
4.6 Carta suscrita por representante legal presentando al Director Técnico y a los profesionales subrogantes.	
4.7 Si se solicita la autorización de recetario, se debe adjuntar carta que señale los tipos y Formas Farmacéuticas que se elaborarán.	
4.5 Certificado de número municipal de la dirección del establecimiento (sugerido).	
4.6 Certificado de número municipal de la dirección del establecimiento (sugerido).	

**\*EN LO RELATIVO A FARMACIAS ASISTENCIALES Y FARMACIAS COMUNALES NO ES REQUISITO CONTAR CON EL PETITORIO MÍNIMO DE MEDICAMENTOS.**

**6.0 OBJETIVO: DETERMINAR UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

Señale las calles o vías principales y ubicación del local en el mapa.

			N
			↑
			○

**Nota: Especificar ubicación dentro de un establecimiento mayor, Mall, Clínica, hospital etc, (se puede complementar en el punto 2.0 de observaciones)**

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas en la legislación vigente, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento anteriormente señalado. Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no están completos y ajustados a lo establecido en la reglamentación vigente o no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**