

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 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 EMPRESA

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

2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA

3.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO Y OTROS PROFESIONALES QUÍMICOS FARMACEUTICOS SUBROGANTES

3.1	DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO		
	Nombre		
	Cédula de Identidad o RUT		
	Profesión		
	Domicilio particular		
	Teléfonos de contacto		
	Correo electrónico		
	HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL		
	Lunes a viernes		
	Sábados		
	Domingo		
	Festivos		
	3.2	QUÍMICO FARMACÉUTICO SUBROGANTE N° 1	
		Nombre	
Cédula de identidad o RUT			
Domicilio particular			
Teléfonos de contacto			
Correo electrónico			
HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL			
Lunes a viernes			
Sábados			
Domingo			
Festivos			
3.3		QUÍMICO FARMACÉUTICO SUBROGANTE N° 2	
		Nombre	
		Cédula de identidad o RUT	
	Domicilio particular		
	Teléfonos de contacto		
	Correo electrónico		
	HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL		
	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>	<u>FARMA F-03</u>	Versión:01 Página 3 de 5
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA	Actualización: 01/08/2014

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

4.0 ANTECEDENTES SOBRE EL CAPITAL PROPIO INICIAL		
DECLARO QUE MI CAPITAL PROPIO SE COMPONE DE:		
4.1	Capital de trabajo de la Empresa (Dinero, Materias primas, Mercadería, etc.)	\$
4.2	Equipos, Maquinarias, Muebles e Instalaciones	\$
	TOTAL CAPITAL (suma punto 5.1 y 5.2)	\$
	0,5 % Capital	\$

 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-03</u>	Versión:01 Página 4 de 5
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA	Actualización: 01/08/2014

5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	ADJUNTA
5.1 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos (Escritura de propiedad, Arriendo, Comodato, Cesión de Derecho u otro).	
5.2 Escritura Pública de Constitución de Sociedad; <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 	
5.3 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.).	
5.4 Declaración firmada del profesional Químico Farmacéutico(a) que asumirá la Dirección Técnica del establecimiento, utilizando formulario F-16, Informa cambio de dirección técnica de farmacia.	
5.5 Declaración firmada del profesional Químico Farmacéutico(a) que asumirá la Dirección Técnica subrogante del establecimiento, utilizando formulario F-16, Informa cambio de dirección técnica de farmacia.	
5.6 Carta suscrita por representante legal presentando al Director Técnico y a los profesionales subrogantes.	
5.7 Si se solicita la autorización de recetario, se debe 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).	
5.5 Certificado de número municipal de la dirección del establecimiento (sugerido).	
5.6 Comprobante de pago de arancel 4160001	
5.7 Comprobante de pago del arancel 4160002	

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



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-03

Versión:01
Página 5 de 5

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA

Actualización:
01/08/2014

6.0 MAPA DE UBICACIÓN DE LA FARMACIA

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

			<p>N</p>

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 RUN Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL