 <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-08</u>	Versión:02 Página 1 de 3
	INFORMA CIERRE DE FARMACIA	Actualización: 06/10/2014

FECHA:

Solicitante del trámite (persona de contacto):
Teléfonos de contacto:
Correo del solicitante:


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	

ANTECEDENTES DEL CIERRE			
TEMPORAL	FECHA DESDE	FECHA HASTA	
DEFINITIVO	FECHA CIERRE DEFINITIVO		

Este trámite debe ser informado al ISP con 5 días hábiles de anticipación.

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

 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-08</u>	Versión:02 Página 2 de 3
	INFORMA CIERRE DE FARMACIA	Actualización: 06/10/2014


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	
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	

4.0 POSEE SALDOS Y/O REGISTROS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y/O PSICOTROPICOS			
ESTUPEFACIENTES	SI		NO
PSICOTROPICOS	SI		NO

DISPOSICIÓN FINAL DE MEDICAMENTOS SOMETIDOS A CONTROL LEGAL	
TRASLADO	
DESTRUCCIÓN	
RESGUARDO EN FARMACIA (CIERRE TEMPORAL)	
SUBASTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	

 Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	<u>FARMA F-08</u>	Versión:02 Página 3 de 3
	INFORMA CIERRE DE FARMACIA	Actualización: 06/10/2014

5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD	ADJUNTA
1. Adjuntar Resolución que autorizo el funcionamiento de la farmacia que cierra.	
2. En caso de traslado o destrucción llenar y adjuntar formulario FARMA F-24	
3. En caso de subasta enviar carta al Instituto de Salud Pública, comunicando con 30 días de anticipación, acompañando copia del inventario que se va a subastar.	

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

NOMBRE R.U.N. Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL