

 <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<b><u>FARMA F-09</u></b>	Versión:01 Página 1 de 4
	SOLICITUD DE CAMBIO DE DOMINIO DE FARMACIA	Actualización: 05/08/2014

**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	<input type="checkbox"/>	2. Farmacia comunitaria homeopática	<input type="checkbox"/>
3. Farmacia Móvil	<input type="checkbox"/>		
4. Unidad de Farmacia de establecimientos de atención de salud			
<b>Recetario Magistral</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
En caso de respuesta Sí, llenar formulario de autorización de Recetario en la Farmacia			

1.0 MOTIVO DE LA SOLICITUD	
Cede en <b>Arrendamiento</b> el establecimiento	<input type="checkbox"/>
Realiza <b>Modificación de Sociedad</b>	<input type="checkbox"/>
Realiza <b>Transferencia</b>	<input type="checkbox"/>
Tramita <b>Sucesión Hereditaria</b>	<input type="checkbox"/>
Establece <b>Constitución de Sociedad</b>	<input type="checkbox"/>
Otra Situación (describir)	<input type="checkbox"/>
Describir:	

2.0 ANTECEDENTES ACTUALES DEL ESTABLECIMIENTO	
2.1	IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO O DUEÑO
	Razón social
	RUT
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
2.2	INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA
	Nombre de fantasía
	Resolución de Funcionamiento (N° y fecha)
	Numero de local
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico

 <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<b><u>FARMA F-09</u></b>	Versión:01 Página 2 de 4
	SOLICITUD DE CAMBIO DE DOMINIO DE FARMACIA	Actualización: 05/08/2014

<b>3.0 ANTECEDENTES NUEVOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
<b>3.1</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO O DUEÑO</b>
	Razón social
	RUT
	Dirección
	Comuna
	Teléfono de contacto
	Correo electrónico
<b>3.2</b>	<b>REPRESENTANTE LEGAL DE LA FARMACIA</b>
	Nombre completo
	Cedula de identidad o RUT
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfono de contacto
	Correo electrónico
<b>3.3</b>	<b>INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA</b>
	Nombre de fantasía (En caso de cambio de éste, se debe llenar el formulario FARMA F-18).
	Numero de local
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
<b>3.4</b>	<b>HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA</b>
	Lunes a viernes
	Sábados
	Domingo
	Festivos

<b>2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA</b>



Subdepartamento Farmacia  
ANAMED  
Instituto de Salud Pública

## FARMA F-09

Versión:01  
Página 3 de 4

SOLICITUD DE CAMBIO DE DOMINIO DE  
FARMACIA

Actualización:  
05/08/2014

### **4.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO Y OTROS PROFESIONALES QUÍMICOS FARMACEUTICOS**

#### **4.1 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

#### **4.2 QUÍMICO FARMACÉUTICO REEMPLAZANTE 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

#### **4.3 QUÍMICO FARMACÉUTICO REEMPLAZANTE 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

#### **4.4 QUÍMICO FARMACÉUTICO REEMPLAZANTE 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

 Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	<b><u>FARMA F-09</u></b>	Versión:01 Página 4 de 4
	SOLICITUD DE CAMBIO DE DOMINIO DE FARMACIA	Actualización: 05/08/2014

<b>5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)</b>	<b>Adjunta</b>
5.1 Resolución autorización sanitaria de funcionamiento del establecimiento.	
5.2 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos (Escritura de propiedad, Arriendo, Comodato, Cesión de Derecho u otro).	
5.3 Escritura Pública de Constitución de Sociedad; <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inscripción en el registro de comercio</li> <li>➤ Publicación en el diario oficial del extracto de constitución de sociedad</li> <li>➤ Documento que acredite al Representante Legal</li> <li>➤ Fotocopia simple de RUT de la empresa</li> </ul>	
5.4 Contrato de arrendamiento, compra venta del establecimiento o propiedad, a nombre del nuevo propietario según corresponda.	
5.5 Otros (Posesión Efectiva, Cesión de Derechos, Declaración Jurada, etc.)	
5.6 Declaración firmada del profesional Químico Farmacéutico(a) que asumirá la Dirección Técnica del establecimiento, utilizando formulario Farma F-16, Informa cambio de dirección técnica de farmacia.	
5.7 Declaración firmada del profesional Químico Farmacéutico(a) que asumirá la Dirección Técnica Reemplazante del establecimiento, utilizando formulario Farma F-16, Informa cambio de dirección técnica de farmacia.	
5.8 Carta suscrita por representante legal presentando al Director Técnico y a los profesionales subrogantes.	
5.9 Listado de saldos de productos farmacéuticos sometidos a control legal firmado por los dos directores técnicos (el que entrega y el que recibe)	
5.10 Comprobante de pago del arancel <b>4160005</b>	

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 Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**