



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-16

Versión:03
Página 1 de 2

INFORMA DIRECCIÓN TÉCNICA DE FARMACIA

Actualización:
11/08/2015

FECHA:

1.0 ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL

Nombre	
Cédula de Identidad	
Profesión	
Domicilio particular	
Comuna	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	
Lunes a viernes	
Sábados	
Domingo	
Festivos	

CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA	FECHA CAMBIO:
DEJA DIRECCIÓN TÉCNICA	
DEJA DIRECCIÓN TÉCNICA REEMPLAZANTE	
ASUME DIRECCIÓN TÉCNICA	
ASUME DIRECCIÓN TÉCNICA REEMPLAZANTE	

MOTIVO DEL CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA

1. FERIADO LEGAL	2. LICENCIA MEDICA	3. RENUNCIA
4. OTRO (especificar)		

2.1 INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de fantasía	
Numero de local	
Dirección	
Comuna	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
Razón Social	
RUT	
2.2 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>	<u>FARMA F-16</u>	Versión:03 Página 2 de 2
	INFORMA DIRECCIÓN TÉCNICA DE FARMACIA	Actualización: 11/08/2015

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

1. Farmacia comunitaria alopática	2. Farmacia comunitaria homeopática	3. Farmacia Móvil
4. Unidad de Farmacia de establecimientos de atención de salud		
5. Recetario Magistral	Si	No

4.0 ASUMO/DEJO LOS SALDOS Y REGISTROS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS

CONFORME
DISCONFORME
NO EXISTE SALDO DE MEDICAMENTOS SUJETOS A CONTROL LEGAL

5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR

	Adjunta	
1. Adjuntar fotocopia legalizada del Título Profesional (Para profesionales extranjeros, fotocopia legalizada el certificado de reconocimiento de Título Profesional) o certificado de prestador individual de salud, emitido por la superintendencia de salud (www.supersalud.cl).	Si	No
2. Fotocopia simple de la cédula nacional de identidad o R.U.N. provisorio en caso de extranjeros.	Si	No
3. Certificado de cotizaciones previsionales (AFP). 12 últimas cotizaciones del(los) Químico(s) Farmacéutico(s) que asumirá(n) la Dirección Técnica, con RUT de empleador.	Si	No

6.0 INGRESO EN LIBRO DE RECETAS

	Si	No
1. La información proporcionada en el presente formulario fue registrada en el Libro de Recetas, de acuerdo al Art. 19°letra c, del DS 466/84 "Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados"		

7.0 OBSERVACIONES

--

**DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.
FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE Y JUNTO A TODOS LOS DOCUMENTOS
SOLICITADOS PARA SU RECEPCIÓN CONFORME.**

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