



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-21

Versión:02
Página 1 de 3

SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA

Actualización:
05/12/2014

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 consultas respecto al trámite.

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).

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 FARMACIA


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

1.3 INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA (UBICACIÓN ACTUAL)

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

1.3	INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA (NUEVA UBICACIÓN)	
	Nombre de fantasía	
	Numero de local	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
1.4	HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA (NUEVA UBICACIÓN)	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

2.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO Y OTROS PROFESIONALES QUÍMICOS FARMACEUTICOS REEMPLAZANTES (NUEVA UBICACIÓN)			
2.1	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		
	2.2	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			
2.3	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			

 Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	<u>FARMA F-21</u>	Versión:02 Página 3 de 3
	SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA	Actualización: 05/12/2014

	Domingo	
	Festivos	

3.0 OBSERVACIONES

4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	ADJUNTA
1 Resolución de autorización sanitaria de funcionamiento del establecimiento y sus modificaciones (UBICACIÓN ACTUAL).	
2 Contrato de arrendamiento, compra venta del establecimiento o propiedad, según corresponda (NUEVA UBICACIÓN).	
3 Otros: Posesión Efectiva, Cesión de Derechos, Declaración Jurada, etc. (NUEVA UBICACIÓN).	
4 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.). De la NUEVA UBICACIÓN.	
5 En caso de contar con saldos de productos sometidos a control legal debe trasladarlos al nuevo establecimiento, adjuntando "Listado de productos farmacéuticos sometidos a control legal (psicotrópicos y/o estupefacientes)", indicando cantidad, nombre genérico, nombre comercial, forma farmacéutica, dosis y fecha de vencimiento, firmado por el director técnico.	
6 Comprobante de pago del arancel 4160003	

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidos en la legislación vigente, para solicitar la autorización de instalación, funcionamiento y traslado 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 PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL