


| | | |
|--|--|------------------------------|
|  <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p> | <u>FARMA F-29</u> | Versión:01 Página 1 de 3 |
| | SOLICITUD DE ALZAMIENTO DE MEDIDA SANITARIA DE PROHIBICIÓN DE FUNCIONAMIENTO Y/O FAENA | Actualización: 15/06/2015 |

| |
|---------------|
| 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.

*** Debe ingresar el formulario junto a toda la información solicitada en Gestión de trámite del Instituto de Salud Pública de Chile, Avenida Marathon N° 1000, Ñuñoa Santiago. En horario de 08:30 a 13:00 horas.**

IMPORTANTE:

1. Todo el horario de funcionamiento de la farmacia, deberá estar cubierto por Químico Farmacéutico, en caso de que el horario de funcionamiento no sea coincidente con el horario de labor técnica, se solicitarán nuevos antecedentes.
2. La información entregada será sujeta a análisis por parte de los fiscalizadores del Instituto. Cualquier inconsistencia detectada será comunicada al solicitante para su aclaración.
3. Es requisito indispensable presentar TODA la documentación solicitada en el formulario. De lo contrario no se precederá con el alzamiento.

| | |
|---|---|
| 1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO | |
| 1.1 | IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO |
| | Razón social |
| | RUT |
| | Dirección de la razón social |
| | Comuna |
| | Nombre de la farmacia/recetario |
| | Número de local |
| | Dirección de la farmacia/recetario |
| | Comuna |
| | Teléfono |
| | Fax |
| | Correo electrónico/e-mail |



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-29

Versión:01
Página 2 de 3

SOLICITUD DE ALZAMIENTO DE MEDIDA
SANITARIA DE PROHIBICIÓN DE
FUNCIONAMIENTO Y/O FAENA

Actualización:
15/06/2015


| HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA/RECETARIO | |
|---|--|
| Lunes a viernes | |
| Sábados | |
| Domingo | |
| Festivos | |

2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA

| |
|--|
| |
|--|

3.0 DIRECCIÓN TÉCNICA

| | | | |
|-----|--|-------------------------|--------------------------------------|
| 3.1 | DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO | | |
| | Nombre de Químico Farmacéutico | | |
| | Cédula de Identidad o RUN | | |
| 3.2 | Nombre de Químico Farmacéutico reemplazante | | |
| | Cédula de Identidad o RUN | | |
| 3.3 | HORARIO PROFESIONALES | DIRECTOR TÉCNICO | DIRECTOR TÉCNICO REEMPLAZANTE |
| | Lunes a viernes | | |
| | Sábados | | |
| | Domingo | | |
| | Festivos | | |

| | | |
|--|--|------------------------------|
|  <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p> | <u>FARMA F-29</u> | Versión:01 Página 3 de 3 |
| | SOLICITUD DE ALZAMIENTO DE MEDIDA SANITARIA DE PROHIBICIÓN DE FUNCIONAMIENTO Y/O FAENA | Actualización: 15/06/2015 |

| 4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD | V°B° Gestión de Trámites | V°B° SD Farmacia |
|---|--------------------------------|---------------------|
| 4.1 Carta que solicite el alzamiento de la medida sanitaria, que indique los descargos del Representante Legal. | | |
| 4.2 Contrato del/los Químico(s) Farmacéutico(s), todos. | | |
| 4.3 Certificado de cotizaciones previsionales (AFP). 12 últimas cotizaciones del(los) Químico(s) Farmacéutico(s) que asumirá(n) la Dirección Técnica o complementaria, con RUT de empleador. | | |
| 4.4 Fotocopia simple del Título Profesional (Para profesionales extranjeros, fotocopia simple del certificado de reconocimiento de Título Profesional) o certificado de prestador individual de salud, emitido por la superintendencia de salud (www.supersalud.cl). | | |
| 4.5 Formulario Farma F-16. Si la farmacia cuenta con más de dos Químicos Farmacéuticos, deberá hacer presentación de todos ellos, por medio del formulario 16 que especifique los horarios de labor técnica de cada uno de ellos, adjuntarlos y enviarlos al correo (notificacionesdt@ispch.cl). | | |

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

**_____
NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**