

FECHA:

Solicitante del trámite (persona de contacto) (#):

Teléfonos de contacto (#):

Correo del solicitante (#):

Nota: Contacto o solicitante, persona que al ser llamado resuelve consultas, dudas y con quien se acuerda visita de autorización.

1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (#)

Nombre del establecimiento

Tipo de establecimiento (Sala de Procedimiento, Pabellón de Cirugía Menor, Clínica, ELEAM, Clínica veterinaria, etc.)

Autorización Sanitaria (si corresponde)

Razón Social

RUT

Dirección

Comuna

Teléfonos de contacto

Correo electrónico

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO (#)

Nombre Completo

Cédula de Identidad o RUN

Domicilio legal

Comuna

Teléfonos de contacto

Correo electrónico

1.3 INDIVIDUALIZACIÓN DEL BOTIQUÍN (#)

Ubicación o especificación dentro del establecimiento.

Teléfonos de contacto

Correo electrónico


1.4 HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL BOTIQUÍN (#)

Lunes a Viernes

Sábado

Domingo

Festivos

 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ISP y SEREMIS de Salud</p>	<u>FARMA F-07</u>	Versión:02 Página 2 de 4
	SOLICITUD AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE BOTIQUÍN	Actualización: 01/02/2016

2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA

Indicar fecha tentativa para visita inspectiva.




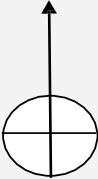

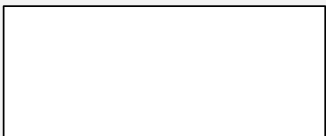
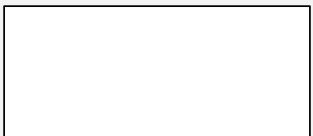



3.0 ANTECEDENTES DEL (LOS) PROFESIONALE(S)

3.1	RESPONSABLE TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO (#)		
	Nombre Completo		
	Cédula de Identidad o RUN		
	Profesión		
	Domicilio particular		
	Teléfonos de contacto		
	Correo electrónico		
	HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL (#)		
	Lunes a Viernes		
	Sábado		
	Domingo		
	Festivos		
	3.2.	RESPONSABLE DEL BOTIQUIN (puede ser el Director Técnico) (#)	
		Nombre	
Cédula de Identidad o RUN			
Profesión			
Domicilio particular			
Teléfonos de contacto			
Correo electrónico			
HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL			
Lunes a Viernes			
Sábado			
Domingo			
Festivos			
3.3		SUBROGANTE DEL RESPONSABLE DEL BOTIQUIN (si corresponde)	
		Nombre	
	Cédula de Identidad o RUN		

Profesión	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	
Lunes a Viernes	
Sábado	
Domingo	
Festivos	


4.0 OBJETIVO: DETERMINAR UBICACION DEL ESTABLECIMIENTO

Señale las calles o vías principales y ubicación del local en el mapa.

			<p>N</p> 
			
			

Nota: Especificar ubicación dentro de un establecimiento mayor, Mall, Clínica, hospital etc, (se puede complementar en el punto 2.0 de observaciones)

5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	ADJUNTA
5.1 Resolución Sanitaria que autoriza el funcionamiento del establecimiento o parte de él, en el que se encuentra el Botiquín o bien, documentos que acrediten la existencia del establecimiento (clínica veterinaria u otro equivalente).	
5.2 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo (Escritura de Propiedad, arriendo, Cesión de Derecho u otro) en copia legalizada notarialmente.	

 Subdepartamento Farmacia ISP y SEREMIS de Salud	<u>FARMA F-07</u>	Versión:02 Página 4 de 4
	SOLICITUD AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE BOTIQUÍN	Actualización: 01/02/2016

5.3 Escritura Pública de Constitución de Sociedad: > Inscripción en el registro de comercio > Publicación en el diario oficial del extracto de constitución de sociedad > Documento que acredite al Representante Legal > Fotocopia simple de RUT de la empresa	
5.4 Dibujo simple a mano, Plano o croquis a escala, dimensionado y funcional del inmueble, que indique superficie total y distribución de las dependencias incluyendo el botiquín.	
5.5 Fotocopia legalizada del Título Profesional o técnico (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), del responsable del botiquín.	
5.6 Listado de medicamentos necesario para las prestaciones que entrega el establecimiento, utilizando el nombre genérico, forma farmacéutica (inyectable, capsulas, comprimidos, crema, etc.). El Listado debe estar firmado en todas sus páginas por el responsable del Botiquín. (#)	
5.7 Formato de receta retenida de productos sujetos a control legal de uso interno, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de productos psicotrópicos DS 405/83 (si corresponde).	
5.8 Formato de receta cheque de uso interno de acuerdo a la Resolución Exenta N° 117 del 24/02/2014, que aprueba la Norma técnica N° 161, que dice relación con el formato de receta cheque de uso interno en establecimientos asistenciales (si corresponde).	
5.9 Comprobante de pago de arancel 4162001 entregado por caja. Previo al otorgamiento de la autorización definitiva.	

(#) REPRESENTA LA DOCUMENTACIÓN MINIMA NECESARIA PARA OPTAR A LA RESOLUCIÓN PROVISORIA DE BOTIQUÍN LA CUAL TENDRA UNA VIGENCIA DE 15 DÍAS HABLES, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA (ARTICULO 32 DE LEY N° 19.880) PERIODO EN EL CUAL SE DEBEN COMPLETAR LOS ANTECEDENTES NECESARIOS PARA LA AUTORIZACIÓN DEFINITIVA.

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, R.U.N. Y FIRMA
 Representante Legal

 NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA
 Director Técnico

 NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA
 Responsable del botiquín