

FECHA:


CAMBIO DE ENCARGADO DE BOTIQUÍN	FECHA CAMBIO:
DEJA CARGO ENCARGADO DE BOTIQUÍN	
DEJA CARGO SUBROGANTE DE ENCARGADO DE BOTIQUÍN	
ASUME CARGO DE ENCARGADO DE BOTIQUÍN	
ASUME CARGO SUBROGANTE DE ENCARGADO DE BOTIQUÍN	

\* En caso de marcar la opción deja cargo:

- ✓ Debe enviar el formulario llenado vía correo electrónico a [notificacionesdt@ispch.cl](mailto:notificacionesdt@ispch.cl).
- ✓ No debe adjuntar documentos solicitados en punto 4.0.

1.0 ANTECEDENTES DEL ENCARGADO DE BOTIQUÍN	
Nombre	
Cédula de Identidad	
Profesión	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	
Lunes a viernes	
Sábados	
Domingo	
Festivos	

2.0 INDIVIDUALIZACIÓN DEL BOTIQUÍN	
Nombre del Establecimiento	
Tipo de Establecimiento	
Dirección	
Comuna	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
Razón Social	
RUT	
2.1 HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL BOTIQUÍN	
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>	<b><u>FARMA F-25</u></b>	Versión:01 Página 2 de 2
	INFORMA ENCARGADO DE BOTIQUÍN	Actualización: 23/10/2014

<b>3.0 ASUMO/DEJO LOS SALDOS Y REGISTROS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS</b>	
	CONFORME
	DISCONFORME
	NO EXISTE SALDO DE MEDICAMENTOS SUJETOS A CONTROL LEGAL

<b>4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR</b>	<b>ADJUNTA</b>
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 ( <a href="http://www.supersalud.cl">www.supersalud.cl</a> ). En caso de dejar cargo no es necesario.	[ ]
2. Fotocopia simple de la Cédula Nacional de Identidad o R.U.N. provisorio en caso de extranjeros.	[ ]
3. Adjuntar listado indicando el saldo de medicamentos sujetos a control de Estupefacientes y Psicotrópicos, si aplica.	[ ]
4. Fotocopia de la resolución de autorización de funcionamiento del botiquín o impresión de código DEIS ( <a href="http://deis.minsal.cl/deis/listaestablec.asp">http://deis.minsal.cl/deis/listaestablec.asp</a> ), para establecimientos del SNSS anteriores a la fecha 8 de febrero de 2006.	[ ]
5. Carta de presentación elaborada por el Director Técnico del Botiquín en la cual señale al nuevo Encargado y la aceptación de éste en el cargo designado.	[ ]
6. Comprobante de pago de arancel <b>4167001</b> entregado por caja.	[ ]

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA**  
*Director Técnico*

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA**  
*Encargado de botiquín*