


 <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-26</u>	Versión:02 Página 1 de 2
	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE ARSENAL FARMACOLÓGICO DE BOTIQUÍN	Actualización: 30/03/2015

FECHA:

Director Técnico:	
Rut:	
Profesión:	
Cargo:	
Correo electrónico:	Teléfono:

1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO	
1.1	IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
	Razón social
	RUT
	Tipo de Establecimiento
	Dirección
	Comuna
	Teléfono
	Correo electrónico

2.0 INDIVIDUALIZACIÓN DEL BOTIQUÍN	
2.0	Ubicación dentro del establecimiento
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
2.1	HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL BOTIQUÍN
	Lunes a Viernes
	Sábado
	Domingo
	Festivos

 <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-26</u>	Versión:02 Página 2 de 2
	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE ARSENAL FARMACOLÓGICO DE BOTIQUÍN	Actualización: 30/03/2015

3.0 ANTECEDENTES DEL ENCARGADO	
3.1	ENCARGADO DEL BOTIQUIN
	Nombre
	Cédula de Identidad
	Profesión
	Domicilio particular
	Teléfono
	Correo electrónico
3.2 HORARIO DE TRABAJO DEL ENCARGADO	
Lunes a Viernes	
Sábados	
Domingos	
Festivos	

4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	ADJUNTA (marcar con una X)	
1. Adjuntar documento aprobado por el Director Técnico, informando nuevo listado de medicamentos que desea manejar el Botiquín y correspondiente fundamentación técnica. Informar de acuerdo a Anexo Farma F_26.	Si	No
2. Fotocopia de la resolución de autorización de funcionamiento del botiquín o impresión de código DEIS (http://deis.minsal.cl/deis/listaestablec.asp), para establecimientos del SNSS anteriores a la fecha 8 de febrero de 2006.	Si	No
3. Certificado que señale al encargado vigente del Botiquín	Si	No
4. Comprobante de pago de arancel a 4162006	Si	No

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

NOMBRE R.U.N. Y FIRMA DIRECTOR TÉCNICO