



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA B-24

Versión:00
Página 1 de 5

SOLICITUD DE TRASFERENCIA Y/O
DESTRUCCIÓN MEDICAMENTOS
CONTROLADOS DE BOTIQUÍN

Actualización:
06/07/2015

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 consultas respecto al trámite.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

1. Botiquín clínica	2. Botiquín policlínico	3. Botiquín otro
Otro (señalar):		

1.0 TIPO DE LA SOLICITUD	
Traslado de medicamentos sometidos a control legal	
Destruccion de medicamentos sometidos a control legal	

2.0 MOTIVO DE LA SOLICITUD	
Traslado de establecimiento	
Cierre temporal del establecimiento	
Cierre definitivo del establecimiento	
Vencimiento de productos	
Otra Situación	
Describir:	

3.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN

3.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL DE ORIGEN

Razón social	
RUT	
Dirección casa matriz	
Comuna	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	

3.2 REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DE ORIGEN

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

	Correo electrónico	
3.3	INDIVIDUALIZACIÓN DEL BOTIQUÍN DE ORIGEN	
	Nombre de fantasía	
	Numero de local	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	

4.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO DE ORIGEN	
DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN	
Nombre	
RUT	
Profesión	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
4.1 ANTECEDENTES DEL ENCARGADO DEL BOTIQUÍN DE ORIGEN	
ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN	
Nombre	
Cédula de Identidad o RUT	
Profesión	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
HORARIO DE EJERCICIO	
Lunes a viernes	
Sábados	
Domingo	
Festivos	

5.0 DEJO LOS SALDOS Y REGISTROS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS	
	CONFORME
	DISCONFORME

6.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO		
6.1	IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL DE DESTINO	
	Razón social	
	RUT	
	Dirección casa matriz	

	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
6.2	REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DE DESTINO	
	Nombre completo	
	Cedula de identidad o RUT	
	Domicilio legal	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
6.3	INDIVIDUALIZACIÓN DEL BOTIQUÍN DE DESTINO	
	Nombre de fantasía	
	Numero de local	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
6.4	HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL BOTIQUÍN DE DESTINO	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

7.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO DE DESTINO	
DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO	
Nombre	
Cédula de Identidad o RUT	
Profesión	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	
Lunes a viernes	
Sábados	
Domingo	
Festivos	
7.1 ANTECEDENTES DEL ENCARGADO DEL BOTIQUÍN DE DESTINO	
ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO	
Nombre	
Cédula de Identidad o RUT	
Profesión	



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA B-24

Versión:00
Página 4 de 5

SOLICITUD DE TRASFERENCIA Y/O
DESTRUCCIÓN MEDICAMENTOS
CONTROLADOS DE BOTIQUÍN

Actualización:
06/07/2015


Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
HORARIO DE EJERCICIO	
Lunes a viernes	
Sábados	
Domingo	
Festivos	

8.0 ASUMO LOS SALDOS Y REGISTROS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS

CONFORME
DISCONFORME

9.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA

--

 Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	<u>FARMA B-24</u>	Versión:00 Página 5 de 5
	SOLICITUD DE TRASFERENCIA Y/O DESTRUCCIÓN MEDICAMENTOS CONTROLADOS DE BOTIQUÍN	Actualización: 06/07/2015

10 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	V°B° Gestión de Trámites	V°B° SD Farmacia
1.- Resolución sanitaria del establecimiento. Ambos establecimientos (origen y destino).		
2.- Resolución del botiquín. Ambos botiquines (origen y destino).		
3.- Listado con productos sometidos a control legal, indicando Nombre, dosis, forma farmacéutica, cantidad y fecha de vencimiento de los medicamentos a trasladar y/o destruir. Firmado por el director técnico del local de origen y el director técnico del local de destino de los productos indicando su recepción conforme.		
4.- Comprobante de pago del arancel 4160008		

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 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 DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE R.U.N. Y FIRMA DEL DIRECTOR TÉCNICO