



Subdepartamento Farmacia  
ANAMED  
Instituto de Salud Pública

## FARMA F-14

Versión:00  
Página 1 de 3

### SOLICITUD DE TRANSFERENCIA MEDICAMENTOS CONTROLADOS DE FARMACIA

Actualización:  
08/02/2017

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. Farmacia comunitaria alopática	
2. Recetario de Farmacia	
3. Farmacia Móvil	
4. Unidad de Farmacia de establecimientos de atención de salud	

#### 1.0 MOTIVO DE LA SOLICITUD

Traslado de establecimiento	
Cierre temporal del establecimiento	
Cierre definitivo del establecimiento	
Otra Situación (describir):	

#### 2.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN

2.1	<b>IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL DE ORIGEN</b>	
	Razón social	
	RUT	
	Dirección casa matriz	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
2.2	<b>REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DE ORIGEN</b>	
	Nombre completo	
	Cedula de identidad o RUT	
	Domicilio legal	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
2.3	<b>INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA DE ORIGEN</b>	
	Nombre	
	Número y fecha de Resolución de autorización de funcionamiento	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	

## *FARMA F-14*

Versión:00  
Página 2 de 3


### SOLICITUD DE TRANSFERENCIA MEDICAMENTOS CONTROLADOS DE FARMACIA

Actualización:  
08/02/2017

<b>2.4</b>	<b>HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA DE ORIGEN</b>	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

<b>3.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO DE ORIGEN</b>	
Nombre	
RUT	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	

<b>4.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO</b>		
<b>4.1</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL DE DESTINO</b>	
	Razón social	
	RUT	
	Dirección casa matriz	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
<b>4.2</b>	<b>REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DE DESTINO</b>	
	Nombre completo	
	Cedula de identidad o RUT	
	Domicilio legal	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
<b>5.3</b>	<b>INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA DE DESTINO</b>	
	Nombre de Fantasía	
	Número de Local	
	Número y fecha de Resolución de autorización de funcionamiento	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
	<b>4.4</b>	<b>HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA DE DESTINO</b>
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-14</u></b>	Versión:00 Página 3 de 3
	<b>SOLICITUD DE TRANSFERENCIA MEDICAMENTOS CONTROLADOS DE FARMACIA</b>	Actualización: 08/02/2017

<b>5.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO DE DESTINO</b>	
Nombre	
RUT	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	

<b>6.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA</b>

<b>7.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD</b>	<b>Adjunta</b>
Resolución sanitaria de establecimientos de origen y destino.	
Listado con productos sometidos a control legal, indicando Nombre, dosis, forma farmacéutica, cantidad y fecha de vencimiento de los medicamentos a trasladar, firmado por el director técnico del local de origen y el director técnico del local de destino de los productos indicando su recepción conforme.	
Comprobante de pago del arancel <b>4160008</b> .	

SÍ     NO    **Deseo ser notificado por correo electrónico.**  
**Correo electrónico:**

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO, ASÍ COMO LOS ANTECEDENTES ACOMPAÑADOS SON VERDADEROS E ÍNTEGROS. FORMULO LA PRESENTE DECLARACIÓN EN CONOCIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 210 DEL CÓDIGO PENAL, QUE DISPONE: EL QUE ANTE LA AUTORIDAD O SUS AGENTES PERJURARE O DIERE FALSO TESTIMONIO EN MATERIA QUE NO SEA CONTENCIOSA, SUFRIRÁ PENA DE PRESIDIO MENOR, EN SU GRADO MÍNIMO A MEDIO Y MULTA DE SEIS A DIEZ UNIDADES TRIBUTARIAS MENSUALES.**

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