



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-15

Versión:00
Página 1 de 3

SOLICITUD DE DESTRUCCIÓN 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. Farmacia Móvil
3. Unidad de Farmacia de establecimientos de atención de salud	
4. Recetario de Farmacia	

1.0 MOTIVO DE LA SOLICITUD

Cierre definitivo del establecimiento	
Vencimiento de productos	
Deterioro de productos	
Otra Situación (describir):	

2.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO

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



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-15

Versión:00
Página 2 de 3

SOLICITUD DE DESTRUCCIÓN MEDICAMENTOS CONTROLADOS DE FARMACIA

Actualización:
08/02/2017

	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
2.4	HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

3.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO

Nombre	
RUT	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	

4.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA

--



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-15

Versión:00
Página 3 de 3

SOLICITUD DE DESTRUCCIÓN
MEDICAMENTOS CONTROLADOS DE
FARMACIA

Actualización:
08/02/2017

5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	Adjunta
Resolución sanitaria del establecimiento.	
Listado con productos sometidos a control legal, indicando nombre, dosis, forma farmacéutica, cantidad y fecha de vencimiento de los medicamentos a destruir, firmado por el director técnico de la farmacia.	
Comprobante de pago del arancel 4160008 .	

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