



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-22

Versión:00
Página 1 de 2

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE BAJA DE CONTROLADOS POR ROBO A 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 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO

1.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL

Razón social

RUT

Dirección casa matriz

Comuna

Teléfonos de contacto

Correo electrónico

1.2 REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

Nombre completo

Cédula de identidad o RUT

Domicilio legal

Comuna

Teléfonos de contacto

Correo electrónico

1.3 INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de fantasía

Número de local

Número y fecha de Resolución
de autorización de
Funcionamiento

Dirección

Comuna

Teléfonos de contacto

Correo electrónico


1.4 HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA

Lunes a viernes

Sábado

Domingo

Festivos

 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-22</u>	Versión:00 Página 2 de 2
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE BAJA DE CONTROLADOS POR ROBO A FARMACIA	Actualización: 08/02/2017

2.0 OBSERVACIONES

3.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO	
3.1	DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO
	Nombre
	Cédula de Identidad o RUT
	Domicilio particular
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico

4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD	VºBº Gestión de Trámites
4.1 Copia de Resolución Sanitaria de autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento.	
4.2 Copia de la denuncia efectuada o parte policial (Fiscalía, Policía de Investigaciones o Carabineros).	
4.3 Carta del director técnico de la farmacia relatando las circunstancias del extravío (robo, hurto u otro) y el listado con los productos psicotrópicos y estupefacientes sustraídos, detallando nombre, dosis, forma farmacéutica y cantidad.	

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	NOMBRE R.U.N. Y FIRMA DEL DIRECTOR TÉCNICO