



FORMULARIO N° 4
SOLICITUD DE CIERRES DE FARMACIAS
(Cierre Definitivo / Cierre Temporal)

Versión 01
Actualización:
10/05/2023

NOTA: LEA CON ATENCIÓN Y COMPLETE el presente formulario en forma digital. NO serán aceptados formularios escritos de forma manual.

1. NOTIFICA CIERRE DEL TIPO: (Marcar sólo una casilla)

Definitivo
(Sin código arancelario)

Temporal
(Sin código arancelario)

NOTA: Puede notificar el cierre enviando el presente formulario con todos los antecedentes solicitados, al correo electrónico isp prestaciones@ispch.cl, de Lunes a Viernes de 08:30 a 13:00 horas.

2. TIPO DE FARMACIA: (Marcar sólo una casilla)

Comunitaria alopática

Comunitaria homeopática

Asistencial

Municipal

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE: (Complete la siguiente información)

INFORMACIÓN PROPIETARIO

Razón social de la empresa / Propietario

RUT:

Teléfono:

Domicilio Legal:

Comuna:

Correo electrónico:

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:

RUN:

Correo electrónico:

DATOS ESTABLECIMIENTO

Nombre de fantasía

N° local

Correo electrónico:

Dirección

Comuna:

Teléfono:

Horario:

DATO DE CONTACTO (Inspectores de la sección tomarán contacto con él o ella, para coordinar visita inspectiva o solicitar antecedentes)

Nombre:

RUN:

Correo electrónico:

4. FECHA ESTIMADA DE CIERRE

CIERRE DEFINITIVO

FECHA:

CIERRE TEMPORAL

FECHA INICIAL

FECHA DE REAPERTURA

NOTA: En caso que la farmacia posea saldos de productos sujetos a control legal, deberán solicitar: Transferencia y/o Destrucción de éstos. Para solicitar debe ingresar a <https://www.ispch.cl/anamed/medicamentos/estupefacientes-y-psicotropicos/> y seguir las instrucciones allí detalladas.

FORMULARIO N° 4
SOLICITUD DE CIERRES DE FARMACIAS
(Cierre Definitivo / Cierre Temporal)

4. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Carta firmada por el representante legal que detalle los motivos del cierre de la farmacia.
II.	Carta que declare el destino de los productos farmacéuticos disponibles del establecimiento (adjuntar en caso de cierre definitivo).*
III.	Carta que declare el resguardo de las condiciones de almacenamiento de los productos farmacéuticos (adjuntar en caso de cierre temporal).*
IV.	Resolución de autorización de instalación, funcionamiento o instalación y funcionamiento de la farmacia.
V.	Para las farmacias que cuentan con autorización de expendio de medicamentos por medios electrónicos, deberá presentar (adjuntar en caso de cierre definitivo):
	a) Resolución que autorizó el expendio de medicamentos por medios electrónicos.
	b) Documento que acredite cierre del dominio, término de contrato o baja de la aplicación móvil.
	c) Solicitud Formulario N° 5, que indique el cierre del sitio electrónico, término de contrato o baja de la aplicación móvil. Indique número de Referencia asignado:
	d) En el caso de cierre temporal, registro de última venta electrónica emitida (copia de boleta, número interno de venta).

*Podrían ser solicitados mayores documentos que acrediten destino o almacenamiento de los medicamentos.

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas en la legislación vigente y los mencionados en el presente formulario, para informar el cierre 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.

NOMBRE, RUN Y FIRMA
REPRESENTANTE LEGAL