



FORMULARIO FARMA F-16
DIRECCIÓN TÉCNICA / DIRECCIÓN TÉCNICA COMPLEMENTARIA
DE FARMACIA

Versión 04
Actualización:
30/09/2025

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

De acuerdo a lo establecido en art. 19º del D.S.466 debe comunicar en forma previa o inmediata cualquier asumo o dejo de dirección técnica de una farmacia.

I. **INFORMA:** (Marcar sólo una casilla)

ASUME DIRECCIÓN TÉCNICA

DEJA DIRECCIÓN TÉCNICA

ASUME DIRECCIÓN TÉCNICA
COMPLEMENTARIA

DEJA DIRECCIÓN TÉCNICA
COMPLEMENTARIA

II. **FECHA DE CAMBIO:**

III. **MOTIVO DE CAMBIO:**

Si marcó OTRO indique cuál:

IV. **ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL QUÍMICO FARMACÉUTICO**

Nombre Director Técnico:

RUN:

Correo electrónico:

Domicilio Particular:

Comuna:

Teléfono de Contacto:

V. **TIPO DE FARMACIA:** (Marcar sólo una casilla)

Comunitaria Alopática

Comunitaria Homeopática

Asistencial

Municipal

VI. **ANTECEDENTES DE LA FARMACIA:**

Nombre Farmacia:

Nº Local:

Correo electrónico:

Dirección:

Comuna:

Teléfono de Contacto:



FORMULARIO FARMA F-16
DIRECCIÓN TÉCNICA / DIRECCIÓN TÉCNICA COMPLEMENTARIA
DE FARMACIA

Versión 04
Actualización:
30/09/2025

Nombre Razón social Propietaria:

RUT Razón Social:

Nombre Representante Legal:

RUN Representante Legal:

VII. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA

Lunes a Viernes:

Sábado:

Domingo:

Festivos:

VIII. HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL:

Lunes a Viernes:

Sábado:

Domingo:

Festivos:

IX. SALDOS Y REGISTROS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS:

ASUMO SALDO

DEJO SALDO

CONFORME

NO CONFORME

NO EXISTE SALDO DE MEDICAMENTOS SUJETOS A
CONTROL LEGAL

Observaciones:

X. REGISTRO EN LIBRO OFICIAL DE INSPECCIÓN (Art. 19 c del D.S. 466)

Sí No

- I. La información proporcionada en el presente formulario fue registrada en el Libro oficial de Inspección.

Observaciones:



FORMULARIO FARMA F-16
DIRECCIÓN TÉCNICA / DIRECCIÓN TÉCNICA COMPLEMENTARIA
DE FARMACIA

Versión 04
Actualización:
30/09/2025

XI. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:		Sí	No
I.	Copia de Cédula de Identidad		
II.	Certificado de título profesional		
III.	Copia de contrato laboral		
IV.	Certificado de cotizaciones actualizado de AFP que incluya últimas 12 cotizaciones con RUT de empleador		
V.	Declaración firmada por el químico farmacéutico que asume la dirección técnica o dirección técnica complementaria de la farmacia, que indique su domicilio particular, incluyendo comuna y región, número de teléfono móvil y correo electrónico personal e indicar horario de ejercicio profesional.		

*Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidos en la legislación vigente. 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 trámite asociado al presente formulario.

*NOMBRE, RUN Y FIRMA
Director técnico

* 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 art. 210° del Código Penal.