



FORMULARIO Nº 4

SOLICITUD DE CIERRES DE FARMACIAS

Cierre Definitivo / Cierre Temporal

Versión 02

Actualización:

30/09/2025

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

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

(A) Definitivo	(B) Temporal
(Sin código arancelario)	(Sin código arancelario)

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

Comunitaria Alopática	Comunitaria Homeopática	Asistencial	Municipal
-----------------------	-------------------------	-------------	-----------

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE: (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:	Nº local:	Correo electrónico:
Dirección:	Comuna:	Teléfono:
Horario:		
Lunes a Viernes:	Sábado:	
Domingo:	Festivos:	

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

Nombre:	RUN:	Correo electrónico:
---------	------	---------------------

DATOS DE DIRECTOR TÉCNICO

Nombre Director Técnico:	RUN:	Correo electrónico:
--------------------------	------	---------------------

4. FECHA ESTIMADA DE CIERRE:

CIERRE DEFINITIVO

FECHA:

CIERRE TEMPORAL

FECHA INICIAL:	FECHA FINAL:
----------------	--------------



FORMULARIO Nº 4

SOLICITUD DE CIERRES DE FARMACIAS

Cierre Definitivo / Cierre Temporal

Versión 02

Actualización:

30/09/2025

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.

5. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Declaración firmada por el representante legal que detalle los motivos del cierre de la farmacia (adjuntar en caso de A y B)
II.	Carta firmada por director técnico que detalle el destino de los productos farmacéuticos disponibles del establecimiento (adjuntar en caso de A)*
III.	Carta firmada por director técnico que detalle el resguardo de las condiciones de almacenamiento de los productos farmacéuticos (adjuntar en caso de B)*
IV.	Resolución de autorización de funcionamiento o de instalación y funcionamiento de la farmacia (adjuntar en caso de A y B)
V.	Para las farmacias que cuentan con autorización de expendio de medicamentos por medios electrónicos deberá presentar (adjuntar en caso de A) 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) De manera adicional debe presentar Formulario Nº 5, que indique el cierre del sitio electrónico término de contrato o baja de la aplicación móvil Debe indicar número de referencia asignado a esa solicitud
VI.	Para las farmacias que cuentan con autorización de expendio de medicamentos por medios electrónicos deberá presentar registro de última venta electrónica emitida (copia de boleta, número interno de venta) (adjuntar en caso de B)

NOTA: 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 establecidos en la legislación vigente, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento 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

*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. 210º del Código Penal.