



FORMULARIO N° 8  
SOLICITUD DE TIMBRAJE DE LIBROS  
(Farmacia / Almacén farmacéutico / Botiquín / Recetario  
Magistral NO ESTÉRIL)

Versión 00  
Actualización:  
02/11/2021

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

1. TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y REGISTRO OFICIAL QUE REQUIERE: Marque la casilla de establecimiento, y los registros necesarios de timbraje, para un máximo de 200 hojas.

Farmacia	Almacén Farmacéutico	Botiquín	Recetario Magistral NO ESTÉRIL
Inspección (cód. 4160010)	Inspección (cód. 4161007)	Visitas (cód. 4162004)	Elaboración (cód. 4160010)
Recetas (DS 79/2010) (cód. 4160010)	Fraccionamiento (cód. 4161007)	Control de productos Psicotrópicos (cód. 4162003)	
Control de productos Psicotrópicos (cód. 4160009)	Reclamos (cód. 4161007)	Control de productos Estupefacientes (cód. 4162003)	
Control de productos Estupefacientes (cód. 4160009)			
Fraccionamiento (cód. 4160010)			
Reclamos (cód. 4160010)			

Total Registros solicitados:

2. HOJAS ADICIONALES: Marque la casilla del establecimiento, y las hojas adicionales que requiere.

Farmacia	Almacén Farmacéutico	Botiquín	Recetario Magistral NO ESTÉRIL
100 hojas adicionales (cód. 4160011)	100 hojas adicionales (cód. 4161008)	100 hojas adicionales (cód. 4162005)	100 hojas adicionales (cód. 4160011)

Total Hojas adicionales:

NOTA: Cualquiera sea el tipo de establecimiento, registro oficial a timbrar y hojas adicionales a solicitar, el registro podrá ser manual o electrónico, es decir:

- Para registro manual, deberá acudir con libro foliado por cada hoja.
- Para registro electrónico, deberá acudir con las hojas que se usarán en la impresión del registro, cada una debidamente foliada.

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 ESTABLECIMIENTO

Nombre del Establecimiento:

N° local:

Teléfono:

Dirección

Comuna:

Correo electrónico:

DATOS SOLICITANTE (Funcionarios del Instituto, podrán tomar contacto con él o ella, para solicitar mayores antecedentes o dar aviso para el retiro de los registros)

Nombre del solicitante

RUN:

Correo electrónico:

FORMULARIO N° 8  
SOLICITUD DE TIMBRAJE DE LIBROS  
(Farmacia / Almacén farmacéutico / Botiquín / Recetario Magistral NO ESTÉRIL)

4. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Comprobante de pago de arancel
II.	Copia de la Resolución de Funcionamiento del establecimiento o impresión del Código DEIS para establecimientos del Servicio Nacional de Salud* de construcción anterior al 08 de febrero de 2006. * Deben regularizar su situación.
III.	Copia de Resolución de cambio de dominio, cuando aplique.
IV.	Copia de Resolución de cambio de nombre, cuando aplique.
V.	Copia de Traslado de establecimiento, cuando aplique.
VI.	Libros rotulados con el tipo de registro y nombre del establecimiento en su exterior. En caso de libro electrónico, adjuntar el total de hojas, foliadas e identificadas con el nombre del establecimiento.
VII.	Si el registro es superior a 200 hojas, se debe pagar el arancel correspondiente a la prestación por cada 100 hojas adicionales.

*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 autorizar la 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 DIRECTOR TÉCNICO (O  
ENCARGADO)