



FORMULARIO N° 6
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE BOTIQUINES
(Funcionamiento / Modificaciones / Cierre)

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. SOLICITA AUTORIZACIÓN DE: (Marcar sólo una casilla)

(A) Funcionamiento
(Cód. 4162001)

(C) Modificación de arsenal farmacoterapéutico
(Cód. 4162006)

(B) Modificación de planta física
(Cód. 4160004)

(D) Cierre definitivo
(Sin costo arancelario)

2. 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 del establecimiento

Correo electrónico

Dirección

Comuna

Teléfono

Tipo Establecimiento¹

Autorización sanitaria y Fecha¹

Horario de atención:

DATOS DIRECTOR/A TÉCNICO Y ENCARGADO/A (Inspectores de la sección tomarán contacto con él o ella, para coordinar visita inspectiva o solicitar antecedentes)

Nombre Director Técnico:

RUN:

Correo electrónico:

Encargado del Botiquín:

RUN:

Correo electrónico:

NOTA¹: Tipo de Establecimiento, refiere al establecimiento de salud que contiene al botiquín en su interior, por ejemplo: sala de procedimientos, pabellón de cirugía menor, sala externa de toma de muestra, centros de diálisis, E.L.E.A.M., clínica, hospital o clínica veterinaria, entre otros. Autorización sanitaria y Fecha, corresponde al número de autorización sanitaria del establecimiento de salud que contiene al botiquín y su respectiva fecha de emisión.

FORMULARIO N° 6
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE BOTIQUINES
(Funcionamiento / Modificaciones / Cierre)

3. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Comprobante de pago de arancel (adjuntar en caso de A, B y C).
II.	Copia de Resolución que autoriza el establecimiento de salud, en donde se encuentre el botiquín (adjuntar para A, B, C y D).
III.	Antecedentes legales originales debidamente autorizados ante notario público (adjuntar en caso de A y B) a) Escritura pública de constitución de sociedad b) Reducción a Escritura pública de Acta mediante la cual se denomina a representante legal, cuando se trate de sociedad anónima c) Protocolización del Extracto de Constitución de la Sociedad e inscripción en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces. d) Fotocopia protocolizada notarialmente de la publicación en el Diario Oficial. e) Inscripción del rol único tributario y declaración de actividades en el S.I.I. f) Contrato de arriendo o escritura de propiedad. g) Certificado de Número Municipal.
IV.	Listado de arsenal farmacoteapéutico que se utilizará en el establecimiento (adjuntar en caso de A y B).
V.	Declaración firmada por el representante legal que presente el horario semanal de funcionamiento del botiquín (que incluya festivos, en caso que éstos sean realizados) y al o los encargados del botiquín (adjuntar en caso de A y B).
VI.	Declaración firmada por el o los encargados del botiquín que asumen el cargo, detallando el horario semanal de ejercicio profesional (adjuntar en caso de A y B).
VII.	Copia de certificado de dirección técnica del establecimiento, emitido por la Secretaría Regional Ministerial de Salud (adjuntar en caso de A, B y C).
VIII.	Certificado de título o Registro nacional de prestadores individuales de Salud (Supersalud) del director técnico y del o los encargados del botiquín (adjuntar en caso de A y B).
IX.	Plano arquitectónico a escala del establecimiento, dimensionado y funcional, que indique superficie total (adjuntar en caso de A y B).
X.	Copia de Resolución que autoriza el funcionamiento del botiquín (adjuntar en caso de B, C y D).
XI.	Copia de convenio o contrato para el control del plagas (adjuntar en caso de A y B).
XII.	Copia de convenio o contrato para el retiro de residuos peligrosos y cortopunzantes (adjuntar en caso de A y B)*.
XIII.	Procedimientos operativos estándar, cuando aplique: dispensación de medicamentos, almacenamiento de medicamentos, eliminación de medicamentos, manejo de productos sujetos a control legal (adjuntar en caso de A y B).
XIV.	Declaración del representante legal que detalle los motivos del cierre definitivo del establecimiento (adjuntar en caso de D).

*Principalmente para vacunatorios, salas de procedimientos con uso de contrastes, entre otros.

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 el 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