



FORMULARIO Nº 2

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES SANITARIAS DE

FARMACIAS

Cambio de nombre de Fantasía / Cambio de Dominio / Cambio de

razón social /

Versión 03

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. SOLICITA AUTORIZACIÓN DE: (Marcar sólo una casilla)

- (A) Cambio de

Nombre de Fantasía

(Cód. 4160006)
- (B) Cambio de

Dominio

(Cód. 4160005)
- (C) Cambio de Razón

Social

(Cód. 4160006)
- (D) Cambio de Dominio y

Nombre de Fantasía

(Cód. 4160006 + 416005)

NOTA: El Cambio de Dominio de una farmacia, es la transferencia de una farmacia desde un propietario a otro propietario, involucrando como resultado la modificación en el RUT de la razón social propietaria de la farmacia. Mientras que el Cambio de Razón Social, corresponde a la modificación en los estatutos de sociedad, pudiendo de esta forma cambiar el tipo de empresa (ejemplo de Limitada a S.p.A.), sin modificación de RUT. El solicitante debe tener claro que tipo de modificación ha sufrido la farmacia, errores en el marcaje de casillas podrían dar por desistido el trámite.

En ocasiones los cambios de dominio además involucran el cambio de nombre de fantasía de una farmacia, en ese caso debe marcar ambas casillas. Debe tener en cuenta que además se considera como cambio de nombre de farmacia, la modificación de numeración interna de la farmacia en una cadena, o en un grupo de farmacias (ejemplo: farmacia Estero local Nº1 a farmacia Estero local Nº 5).

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 (O NUEVO 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 (o nuevo nombre de fantasía)

Nº local:

Correo electrónico:

Dirección:

Comuna:

Teléfono:

Horario Solicitado:

Lunes a Viernes:

Sábado:

Domingo:

Festivos:

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

Nombre Director Técnico:

RUN:

Correo electrónico:

Nombre Director Técnico Complementario:

RUN:

Correo electrónico:



FORMULARIO Nº 2

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES SANITARIAS DE

FARMACIAS

Cambio de nombre de Fantasía / Cambio de Dominio / Cambio de

razón social /

Versión 03

Actualización:

30/09/2025

INFORMACIÓN ANTIGUO PROPIETARIO (Completar en caso de cambio de dominio o cambio de razón social)

Razón social de la empresa / Propietario:

RUT:

Correo electrónico:

DATOS ESTABLECIMIENTO (completar en caso de cambio de nombre)

Nombre de Fantasía Antiguo:

Nº local

4. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Comprobante de pago de arancel (adjuntar en caso de A, B, C y D).
II.	Antecedentes legales originales debidamente autorizados ante notario público (adjuntar en caso de B, C y D) 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. h) Documento que acredita la adquisición de la farmacia, a nombre de un nuevo propietario)
III.	Copia de Resolución de funcionamiento o de instalación y funcionamiento de la farmacia. (adjuntar en caso de A, B, C y D).
IV.	En caso de contar con autorización de expendio de medicamentos, presentar copia de resolución de expendio de medicamentos por medios electrónicos (adjuntar en caso de A, B, y D).
V.	Declaración firmada por el representante legal que presente el horario semanal de la farmacia (que incluya festivos, en caso que éstos sean realizados) y al o los directores técnicos de la farmacia, que asumen dicho horario de ejercicio de la dirección técnica (adjuntar en caso de A, B, C y D).
VI.	Declaración firmada por el o los directores técnicos que asumen la dirección técnica de la farmacia, detallando el horario semanal de ejercicio de la dirección técnica (para farmacias asistenciales y para farmacias que funciones 24 horas, incluir todos los profesionales químicos farmacéuticos que allí trabajen). Cada profesional debe indicar su domicilio particular, incluyendo comuna y región, número de teléfono móvil y correo electrónico personal e indicar horario de ejercicio profesional. Debe adjuntar certificado de cotizaciones actualizado de AFP que incluya últimas 12 cotizaciones con RUT de empleador y copia de su cédula de identidad (adjuntar para A, B, C y D).
VII.	Copia de Formulario “Farma F-16 Dirección Técnica de farmacia” del o los profesionales químicos farmacéutico que asumirán la dirección técnica (y/o dirección técnica complementaria de la farmacia) (adjuntar para A, B, C y D).
VIII.	Declaración firmada del representante legal que detalle si el fraccionamiento de productos farmacéuticos será realizado la farmacia o por un tercero. En caso de ser realizado por un tercero adjuntar, además, convenio o contrato de prestación de servicio con la farmacia que realiza el fraccionamiento y la resolución que lo autorizó (adjuntar en caso de B y D).



FORMULARIO Nº 2

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES SANITARIAS DE

FARMACIAS

Cambio de nombre de Fantasía / Cambio de Dominio / Cambio de razón social /

Versión 03

Actualización:

30/09/2025

NOTA: En caso que el establecimiento cuente con autorización de expendio de medicamentos por medios electrónicos y la farmacia solicitase **cambio de dominio, deberá dar de baja el sitio electrónico** y en caso de requerirla, solicitar su autorización posterior a obtener autorización de cambio de dominio.

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.