



FORMULARIO Nº 6

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES SANITARIAS DE

BOTIQUINES

(Funcionamiento / Modificaciones / Cierre)

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. SOLICITA AUTORIZACIÓN DE: (Marcar sólo una casilla)

- (A) Funcionamiento

(Cód. 4162001)
- (B) Modificación de Planta Física

(Cód. 4160004)
- (C) Modificación de arsenal

Farmacoterapéutico

(Cód. 4162006)
- (D) Cierre Definitivo

(Sin costo arancelario)

TRASLADO DE BOTIQUÍN

Para estos casos la forma de proceder es solicitar el cierre definitivo del botiquín autorizado y en paralelo presentar la solicitud de funcionamiento del nuevo botiquín (en la nueva ubicación). Cuando exista cambio de ubicación física de un botiquín (cambio de dirección, cambio de piso dentro de un mismo establecimiento, etc.) se debe proceder de la forma descrita.

NOTA: Existe la prestación denominada revisión del plano, a la cual pueden acceder previo a la autorización de Funcionamiento de botiquín o Modificación de planta física de botiquín.

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 Fecha²

Horario de atención:

NOTA:

¹ **Tipo de Establecimiento:** Como la regulación sanitaria señala que el botiquín es parte de un establecimiento, se debe señalar el establecimiento principal, dentro del cual se instalará el botiquín, tales como: centros de diálisis, E.L.E.A.M., clínica, hospital o establecimiento veterinario, sala de procedimientos, pabellón de cirugía menor, sala externa de toma de muestra entre otros.

²**Autorización sanitaria y Fecha,** corresponde al número de autorización sanitaria del establecimiento de salud que contiene al botiquín y su respectiva fecha de emisión (Nota 1).



FORMULARIO Nº 6

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES SANITARIAS DE

BOTIQUINES

(Funcionamiento / Modificaciones / Cierre)

Versión 02

Actualización:

30/09/2025

DATOS DIRECTOR/A TÉCNICO Y ENCARGADO/A (Inspectores de la Institución tomarán contacto para coordinar visita inspectiva o solicitar antecedentes)

Nombre Director Técnico:

R.U.N.

Correo electrónico:

Encargado del Botiquín:

R.U.N.

Correo electrónico:

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 encuentra 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. h) Certificado Municipal de recepción definitiva o Certificado de cambio de destino (uso comercial del inmueble)
IV.	Listado de arsenal farmacoterapéutico que se utilizará en el establecimiento, de acuerdo a Anexo 1 (adjuntar en caso de A y C).
V.	Declaración firmada por el representante legal que presente al o los encargados del botiquín y señale el horario semanal de funcionamiento del botiquín, que incluya festivos, en caso que éstos sean realizados (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, que incluya festivos, en caso que éstos sean realizados (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 para A, B y C).
VIII.	Certificado de título o de Registro nacional de prestadores individuales de Salud (Superintendencia de Salud) del director técnico y del o los encargados del botiquín. (adjuntar para A, B y C).
IX.	Plano arquitectónico a escala del establecimiento (1:50 o 1:75), dimensionado y funcional, que indique superficie total, impreso en tamaño de papel a lo menos A3 (297 mm x 420 mm). Se le solicitará posteriormente en formato PDF para el envío en forma digital. (adjuntar para 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)



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

Versión 02
Actualización:
30/09/2025

XIII. Procedimientos operativos estándar: dispensación de medicamentos, almacenamiento de medicamentos, eliminación de medicamentos, manejo de productos farmacéuticos sujetos a control legal (cuando aplica). **(adjuntar en caso de A y B)**

4. ANTECEDENTES SOBRE FECHA PARA VISITA DE FORMALIZACIÓN:

Fecha:

Señalar fecha aproximada a partir de la cual el establecimiento pueda ser visitado para la autorización requerida, cumpliendo los requisitos técnicos y administrativos correspondientes.

* 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 funcionamiento del establecimiento anteriormente señalado. Si en 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

*NOMBRE, RUN Y FIRMA

Encargado / Encargado Subrogante
Botiquín

* 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.