



FORMULARIO Nº 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES SANITARIAS DE

FARMACIAS

Instalación / Funcionamiento / Traslado

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) Instalación
(Cód. 4160023)

(B) Funcionamiento
(Cód. 4160022 variable*)

(C) Instalación y Funcionamiento
(Cód. 4160023 + 4160022*)

(D) Instalación farmacia con Recetario Magistral NO ESTÉRIL
(Cód. 4160012)

(E) Traslado (Cód. 4160003)

NOTAS:

- i. Existe la prestación denominada revisión del plano, a la cual pueden acceder previo a la autorización de instalación de farmacia.
- ii. Para trámite Instalación de farmacia con Recetario Magistral No Estéril es requisito presentar previamente solicitud revisión de plano.
- iii. Aquellos propietarios que no poseen farmacias autorizadas en la Región Metropolitana, deberán solicitar inicialmente INSTALACIÓN. Una vez resuelta dicha solicitud, podrán solicitar el FUNCIONAMIENTO de la farmacia.
- iv. Propietarios de farmacias ASISTENCIALES, MUNICIPALES o comunitarias con una o más farmacias autorizadas en la Región Metropolitana pueden solicitar INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

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 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:

Encargado Recetario Magistral No Estéril (si aplica):

RUN:

Correo electrónico:



FORMULARIO Nº 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES SANITARIAS DE

FARMACIAS

Instalación / Funcionamiento / Traslado

Versión 02

Actualización:

30/09/2025

* Para solicitar funcionamiento a través de Cód. 4160022 debe completar lo siguiente:

DECLARO QUE MI CAPITAL PROPIO SE COMPONE DE:

a) Capital de trabajo de la empresa (dinero, materias primas, mercadería, etc.)	\$
b) Equipos, maquinarias, muebles e instalaciones	\$
TOTAL DE CAPITAL (suma a + b)	\$
0.5 % Capital	\$

4. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Comprobante de pago de arancel (adjuntar en caso de A, B, C, D y E).
II.	Antecedentes legales originales debidamente autorizados ante notario público (adjuntar en caso de A, C, D y E). 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)
III.	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 en caso de A, C, D y E).
IV.	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 farmacias que funciones 24 horas, incluir todos los profesionales químicos farmacéuticos que allí trabajen. Para 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 en caso de A, B, C, D y E).
V.	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 en caso de A, B, C, D y E).
VI.	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, D y E).
VII.	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, C y E).
VIII.	Copia de convenio o contrato para el control del plagas (adjuntar en caso de A, C, D y E).
IX.	Copia de Resolución de autorización de instalación de farmacia (adjuntar en caso de B).
X.	Copia de Resolución de autorización de funcionamiento o de instalación y funcionamiento de farmacia (adjuntar en caso de E). Además, indicar: Antigua dirección: Comuna:



FORMULARIO N° 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES SANITARIAS DE

FARMACIAS

Instalación / Funcionamiento / Traslado

Versión 02

Actualización:

30/09/2025

XI.	Declaración firmada por representante legal que presente al químico farmacéutico encargado del recetario magistral no estéril e indique el horario de funcionamiento del establecimiento (adjuntar en caso de D) .
XII.	Declaración firmada por químico farmacéutico encargado del recetario magistral no estéril aceptando el cargo e informando su horario de ejercicio profesional (adjuntar en caso de D) .
XIII.	Carta firmada por químico farmacéutico encargado señalando las categorías que se elaborarán en recetario magistral no estéril (adjuntar en caso de D)

5. ANTECEDENTES SOBRE FECHA PARA VISITA DE FORMALIZACIÓN:

Señalar fecha aproximada en la cual el establecimiento estará en condiciones de ser visitado para autorización requerida, cumpliendo los requisitos técnicos y administrativos correspondientes.

Fecha:

*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. 210° del Código Penal.