



FORMULARIO N° 7  
SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE PLANOS  
(Farmacia / Recetario / Botiquín / Almacén  
farmacéutico)

Versión 03  
Actualización:  
12/08/2024

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

1. SOLICITA EVALUACIÓN DE PLANOS DE: (Marcar sólo una casilla)

Farmacia

Botiquín

Recetario Magistral NO ESTÉRIL

Almacén Farmacéutico

NOTA: Cualquiera sea el tipo de establecimiento a evaluar, deberá cancelar el código de prestación **4167002**. La evaluación de planos podrá ser realizada vía remota a través de Google Meet o bien presencial en dependencias del Instituto.

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 SOLICITANTE (Inspectores de la sección tomarán contacto con él o ella, para generar revisión vía remota o presencial del plano a evaluar)

Nombre del solicitante

RUN:

Correo electrónico:

3. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I. Comprobante de pago de arancel

II. Declaración del solicitante que describa las características y funciones que serán realizadas en el establecimiento

III. Plano arquitectónico, a escala, que indique superficie total, en formato PDF o similar (nunca en DWG), que contenga cuando aplique:

- Nombre del establecimiento, nombre y RUT de la razón social propietaria, dirección y emplazamiento
- Distribución y función de espacios con áreas diferenciadas y definidas (ejemplo: oficina químico farmacéutico, sala de fraccionamiento, baños diferenciados por género, comedor, etc.)
- Ingreso de personal y productos farmacéuticos. Ubicación de estanterías y muebles de almacenamiento de productos farmacéuticos, mueble de productos sujetos a control legal, refrigerador de medicamentos, mueble de artículos de aseo, extintores, aires acondicionados, 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. 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