



FORMULARIO N° 8
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ALMACENES
FARMACÉUTICOS

Versión 00
Actualización:
08/08/2025

Instalación / Funcionamiento / Traslado /
Modificación de Planta Física / Cierre

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. 4161001)

(B) Funcionamiento
(Cód. 4161002 variable*)

(C) Traslado
(Cód. 4161003)

(D) Modificación de Planta Física
(Cód. 4161005)

(E) Cierre
(Sin costo arancelario)

NOTA: Existe la prestación denominada revisión del plano, a la cual pueden acceder previo a la autorización de instalación del almacén farmacéutico.

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 de fantasía:

N° local:

Correo electrónico:

Dirección:

Comuna:

Teléfono:

Horario:

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

Nombre Práctico de Farmacia:

RUN:

Correo electrónico:

Número de Resolución, fecha y autoridad sanitaria que autorizó su ejercicio:

Domicilio particular:

Teléfono:

* 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 \$



FORMULARIO N° 8
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ALMACENES
FARMACÉUTICOS

Instalación / Funcionamiento / Traslado /
Modificación de Planta Física / Cierre

Versión 00
Actualización:
08/08/2025

3. 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 A, 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) Certificado Municipal de recepción definitiva o Certificado de cambio de destino (uso comercial del inmueble)
III.	Declaración firmada por el representante legal que presente al director técnico y señale el horario semanal del almacén farmacéutico, que incluya festivos, en caso que éstos sean realizados (adjuntar en caso de A, B, C y D).
IV.	Declaración firmada por el práctico de farmacia (director técnico y sus complementarios) que asume el cargo e indique horario de ejercicio profesional (incluyendo sábado, domingo y festivos, en caso que éstos sean realizados. Debe indicar su domicilio particular, incluyendo comuna y región, número de teléfono móvil y correo electrónico personal. Adjuntar copia de su cédula de identidad (adjuntar para A, B, C y D).
V.	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 y D).
VI.	Copia de convenio o contrato para el control del plagas (adjuntar en caso de A, C y D).
VII.	Declaración firmada del representante legal que detalle si el fraccionamiento de productos farmacéuticos será realizado en el almacén farmacéutico, 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).
VIII.	Copia de autorización de funcionamiento del almacén farmacéutico (adjuntar en caso de C, D y E). a) Para el caso de C: Indique antigua dirección: Comuna: b) Para el caso de D: Adjuntar carta firmada por representante legal y práctico de farmacia, señalando en qué consiste la modificación solicitada.



FORMULARIO N° 8
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ALMACENES
FARMACÉUTICOS
Instalación / Funcionamiento / Traslado /
Modificación de Planta Física / Cierre

Versión 00
Actualización:
08/08/2025

4. 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.