



FORMULARIO N° 5  
SOLICITUD DE EXPENDIO DE MEDICAMENTOS POR  
MEDIOS ELECTRÓNICOS

Versión 02  
Actualización:  
10/05/2023

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

1. SOLICITA AUTORIZACIÓN DE:

- (A) Expendio de medicamentos por medios electrónicos,  
Primer local (Cód. 4180008)  
(C) Modificación de autorización\* (Cód. 4180009)  
\* Sólo aplica para modificación o incorporación de: tipo de productos, servicio de transporte, cobertura.
- (B) N° Locales adicionales (si aplica)  
(Cód. 4180009 por local adicional)  
(D) Cierre del sitio o aplicación móvil  
(Sólo notificación) Enviar vía correo electrónico a [isp prestaciones@ispch.cl](mailto:isp prestaciones@ispch.cl) de lunes a viernes de 08:30 a 13:00 hrs.

NOTA: Para aquellos establecimientos que expendirán medicamentos desde más de un local, deberán cancelar considerando la totalidad de locales que expendirán medicamentos por medios electrónicos.

2. TIPO DE ESTABLECIMIENTO: (Marcar sólo una casilla)

Farmacia

Almacén Farmacéutico

3. MEDIO ELECTRÓNICO: (Marcar sólo una casilla y rellenar información con sólo una aplicación móvil o un sitio electrónico)

Aplicación móvil

Nombre aplicación:

Sitio electrónico

Sitio:

4. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE: (Complete la siguiente información)

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

N° LOCAL (si aplica)

Dirección:

Comuna:

Correo electrónico:

PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social del establecimiento / Propietario

RUT:

Correo electrónico:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:

RUN:

Correo electrónico:

PROPIETARIO DEL DOMINIO / APLICACIÓN

Razón social propietaria del dominio o aplicación

RUT:

Correo electrónico:

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

Nombre:

RUN:

Correo electrónico:

ENCARGADO IMPLEMENTACIÓN DE MEDIO ELECTRÓNICO\* (Inspectores de la sección tomarán contacto con él o ella, para coordinar revisión)

Nombre:

RUN:

Correo electrónico:

Nota: El encargado de implementación de medio electrónico, corresponde a la persona que ha desarrollado el sitio o aplicación, pudiendo ser personal externo al establecimiento farmacéutico. Es necesario tomar contacto con él o ella, por la experiencia que tiene en el desarrollo del medio electrónico.

5. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EXPENDIDOS POR MEDIO ELECTRÓNICO: (Marcar la o las casillas correspondientes).

Venta directa

Receta

Receta Retenida

Refrigerados

Congelados

6. SERVICIO DE TRANSPORTE: (Marcar casilla correspondiente y rellenar información)

Propio

Terceros

Mixto (propio + terceros)

7. COBERTURA: (Marcar casilla correspondiente y/o rellenar información)

Regional ¿Cuál/es?

Provincial ¿Cuál/es?

Comunal ¿Cuál/es?

FORMULARIO N° 5  
SOLICITUD DE EXPENDIO DE MEDICAMENTOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

8. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Comprobante de pago de arancel (adjuntar para A, B y C).
II.	Copia de resolución de instalación y funcionamiento o de funcionamiento del establecimiento (adjuntar para A, B y D).
III.	Copia de autorización de expendio por medios electrónicos para un establecimiento farmacéutico anterior (adjuntar para B y D).
IV.	Copia de autorización de expendio por medios electrónicos (adjuntar para C y D).
V.	Declaración escrita del director técnico del establecimiento, que detalle horario de ejercicio profesional y horario en el que se realizará el expendio por medios electrónicos (adjuntar para A y B).
VI.	Certificado emitido por NIC Chile o similar, que presente el dominio del sitio electrónico (adjuntar para A).
VII.	Documento que acredite propiedad de la aplicación (adjuntar para A).
VIII.	En caso que propiedad del dominio o de la aplicación sea de un tercero: contrato de prestación de servicios entre propietario del dominio o aplicación y el establecimiento farmacéutico (adjuntar para A).
IX.	Para servicio de transporte propio: carta del representante legal que presente el servicio de entrega, tipo de medio de transporte utilizado, forma de almacenamiento de los productos al interior del medio de transporte (adjuntar para A, B y C).
X.	Para servicio de transporte por tercero: contrato de prestación de servicios entre la empresa de transporte y el establecimiento farmacéutico (adjuntar para A, B y C).
XI.	Procedimientos operativos estándar, firmados entre otros por el director técnico del establecimiento: (adjuntar para A). <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dispensación de medicamentos por medios electrónicos</li> <li>b) Devolución de medicamentos expendidos por medios electrónicos</li> <li>c) Manejo y respuesta a reclamos de calidad, seguridad y eficacia de medicamentos expendidos por medios electrónicos</li> <li>d) Empaque y etiquetado de medicamentos expendidos por medios electrónicos</li> <li>e) Entrega de medicamentos expendidos por medios electrónicos (sólo para servicio de entrega propio)</li> </ul>
XII.	Declaración firmada por el director técnico del establecimiento que detalle los tipos de productos que serán expendidos por medios electrónicos (adjuntar para A, B y C).
XIII.	Declaración firmada por el director técnico del establecimiento que detalle la cobertura de despachos de productos farmacéuticos expendidos por medios electrónicos (adjuntar para A, B y C).
XIV.	Declaración firmada por el director técnico del establecimiento que detalle las modificaciones solicitadas (adjuntar para C).
XV.	Documento que acredite cierre del dominio, término de contrato o baja de la aplicación móvil (adjuntar para D).

*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, para autorizar el expendio de medicamentos por medios electrónicos, daré cumplimiento a la Resolución Exenta N° 2271 del 25/05/2022, que aprueba la Guía Técnica para el expendio de medicamentos por medios electrónicos y 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