



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-24

Versión:01
Página 1 de 4

SOLICITUD DE TRASFERENCIA Y/O
DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS
CONTROLADOS

Actualización:
22/08/2014

FECHA:

Solicitante del trámite (persona de contacto):

Teléfonos de contacto:

Correo del solicitante:

Nota: el solicitante del trámite es la persona con la se pondrá en contacto el ISP para consultas respecto al trámite.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

1. Farmacia comunitaria alopática 2. Farmacia comunitaria homeopática 3. Farmacia Móvil
4. Unidad de Farmacia de establecimientos de atención de salud

Recetario Magistral **Sí** **No**

En caso de respuesta Sí, presentar carta del Director técnico de la farmacia solicitando autorización para elaborar los diferentes tipos y Formas farmacéuticas según lo señala el Art 9 del DS 79/2010.

1.0 TIPO DE LA SOLICITUD

Traslado de medicamentos sometidos a control legal
Destrucción de medicamentos sometidos a control legal

2.0 MOTIVO DE LA SOLICITUD

Traslado de establecimiento
Cierre temporal del establecimiento
Cierre definitivo del establecimiento
Vencimiento de productos
Otra Situación (describir):

3.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN

3.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL DE ORIGEN

Razón social
RUT
Dirección casa matriz
Comuna
Teléfonos de contacto
Correo electrónico

3.2 REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DE ORIGEN

Nombre completo
Cedula de identidad o
RUT
Domicilio legal

FARMA F-24

Versión:01
Página 2 de 4

SOLICITUD DE TRASFERENCIA Y/O
DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS
CONTROLADOS

Actualización:
22/08/2014

	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
3.3	INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA DE ORIGEN	
	Nombre de fantasía	
	Numero de local	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	

4.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO DE ORIGEN	
DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN	
Nombre	
RUT	
Profesión	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	

5.0 DEJO LOS SALDOS Y REGISTROS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS	
	CONFORME
	DISCONFORME

6.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO	
6.1	IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL DE DESTINO
	Razón social
	RUT
	Dirección casa matriz
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
6.2	REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DE DESTINO
	Nombre completo
	Cedula de identidad o RUT
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-24

Versión:01
Página 3 de 4

SOLICITUD DE TRASFERENCIA Y/O
DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS
CONTROLADOS


Actualización:
22/08/2014

6.3	INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA DE DESTINO	
	Nombre de fantasía	
	Numero de local	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
6.4	HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA DE DESTINO	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

7.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO DE DESTINO	
DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO	
Nombre	
Cédula de Identidad o RUT	
Profesión	
Domicilio particular	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	
HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	
Lunes a viernes	
Sábados	
Domingo	
Festivos	

8.0 ASUMO LOS SALDOS Y REGISTROS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS	
	CONFORME
	DISCONFORME

9.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA	

 Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	<u>FARMA F-24</u>	Versión:01 Página 4 de 4
	SOLICITUD DE TRASFERENCIA Y/O DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS	Actualización: 22/08/2014

10.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	Adjunta
1 Resolución de autorización sanitaria del establecimiento que recibe los medicamentos controlados.	
2 Listado con productos sometidos a control legal, indicando Nombre, dosis, forma farmacéutica, cantidad y fecha de vencimiento de los medicamentos a trasladar y/destruir. Firmado por el director técnico del local de origen y el director técnico del local de destino de los productos indicando su recepción conforme	
3 Comprobante de pago del arancel 4160008	

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.

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

NOMBRE R.U.N. Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL