 <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<b><u>FARMA F-20</u></b>	Versión:01 Página 1 de 3
	SOLICITUD DE MODIFICACION DE PLANTA FISICA DE FARMACIA	Actualización: 22/08/2014


**FECHA:**

<b>Solicitante del trámite (persona de contacto):</b>
<b>Teléfonos de contacto:</b>
<b>Correo del solicitante:</b>

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

<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO</b>			
1. Farmacia comunitaria alopática	<input type="checkbox"/>	2. Farmacia comunitaria homeopática	<input type="checkbox"/>
4. Unidad de Farmacia de establecimientos de atención de salud		3. Farmacia Móvil	<input type="checkbox"/>
<b>Recetario Magistral</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
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.			

<b>1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
<b>1.1</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL</b>
	Razón social
	RUT
	Dirección casa matriz
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
<b>1.2</b>	<b>REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA</b>
	Nombre completo
	Cedula de identidad o RUT
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
<b>1.3</b>	<b>INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA</b>
	Nombre de fantasía
	Numero de local
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
<b>1.4</b>	<b>HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA</b>
	Lunes a viernes
	Sábados
	Domingo
	Festivos


 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<b><u>FARMA F-20</u></b>	Versión:01 Página 2 de 3
	SOLICITUD DE MODIFICACION DE PLANTA FISICA DE FARMACIA	Actualización: 22/08/2014

## 2.0 OBSERVACIONES

--	--

## 3.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO

<b>3.1</b>	<b>DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
	Nombre	
	Cédula de Identidad o RUT	
	Profesión	
	Domicilio particular	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
	<b>HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

 Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	<b><u>FARMA F-20</u></b>	Versión:01 Página 3 de 3
	SOLICITUD DE MODIFICACION DE PLANTA FISICA DE FARMACIA	Actualización: 22/08/2014

<b>5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD</b>	<b>Adjunta</b>
5.1 Resolución sanitaria del establecimiento.	
5.2 Contrato de arrendamiento, compra venta del establecimiento o propiedad, según corresponda.	
5.3 Otros (Posesión Efectiva, Cesión de Derechos, Declaración Jurada, etc.)	
5.4 Croquis de la planta física actualizado	
5.5 Comprobante de pago del arancel <b>4160004</b>	
5.6 Declaración firmada por el Director Técnico y Representante legal donde se señale las condiciones en que se realizarán los trabajos y cómo afectarán el normal funcionamiento del establecimiento	

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 Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**