



Subdepartamento Farmacia
ANAMED
Instituto de Salud Pública

FARMA F-21

Versión:01
Página 1 de 3

SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA

Actualización:
10/09/2014

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 (Reglamento Aplicable a la Elaboración de Preparados Farmacéuticos en Recetario de Farmacia).

Este trámite debe ser informado al ISP con 5 días hábiles de anticipación.

1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO

1.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL

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

1.2 REPRESENTANTE LEGAL DE LA FARMACIA

Nombre completo
Cedula de identidad o RUT
Domicilio legal
Comuna
Teléfonos de contacto
Correo electrónico

1.3 INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de fantasía
Numero de local
Dirección
Comuna
Teléfonos de contacto
Correo electrónico

1.4 HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA

	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

2.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO Y OTROS PROFESIONALES QUÍMICOS FARMACEUTICOS REEMPLAZANTES

2.1 DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre
Cédula de Identidad o RUT
Profesión
Domicilio particular
Teléfonos de contacto
Correo electrónico

HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL

Lunes a viernes
Sábados
Domingo
Festivos

2.2 QUÍMICO FARMACÉUTICO REEMPLAZANTE N° 1

Nombre
Cédula de identidad o RUT
Domicilio particular
Teléfonos de contacto
Correo electrónico

HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL


Lunes a viernes
Sábados
Domingo
Festivos

2.3 QUÍMICO FARMACÉUTICO REEMPLAZANTE N° 2

Nombre
Cédula de identidad o RUT
Domicilio particular
Teléfonos de contacto
Correo electrónico

HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL

Lunes a viernes
Sábados
Domingo
Festivos

 Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	<u>FARMA F-21</u>	Versión:01 Página 3 de 3
	SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA	Actualización: 10/09/2014

3.0 OBSERVACIONES

--

4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	Adjunta
1 Resolución de autorización sanitaria de funcionamiento del establecimiento y sus modificaciones.	
2 Contrato de arrendamiento, compra venta del establecimiento o propiedad, según corresponda.	
3 Otros (Posesión Efectiva, Cesión de Derechos, Declaración Jurada, etc.)	
4 Plano o croquis a escala, dimensionado y funcional del edificio o inmueble, que indique superficie total, la distribución, puertas y sentidos de apertura y función de las dependencias (Sala de ventas, oficinas, baños, comedor, bodega, vestidores, entre otros) y simbología de su implementación (muebles, repisas, estantes, extintores, lavaplatos, lavamanos, refrigerador, etc.).	
5 En caso de contar con saldos de productos sometidos a control legal y desee trasladarlos al nuevo establecimiento, deberá además realizar el trámite respectivo utilizando el formulario FARMA F-24	
6 Comprobante de pago del arancel 4160003	

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