FECHA:

Solicitante del trámite (persona de contacto):
Teléfonos de contacto:
Correo del solicitante:
Dirección para envío de Resoluciones:

Nota: el solicitante del trámite es la persona con la se pondrá en contacto el ISP para coordinar las visitas de los inspectores.

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).					

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 EMPRESA**	
	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 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA

3.0 ANTECEDENTES DEL DIRECTOR TÉCNICO Y OTROS PROFESIONALES QUIMICOS FARMACEUTICOS SUBROGANTES

3.1	**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	
3.2	**QUÍMICO FARMACÉUTICO SUBROGANTE 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	
3.3	**QUÍMICO FARMACÉUTICO SUBROGANTE 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	

3.4	**QUÍMICO FARMACÉUTICO SUBROGANTE N° 3**	
	Nombre	
	Cédula de identidad o RUT	
	Domicilio particular	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
	HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

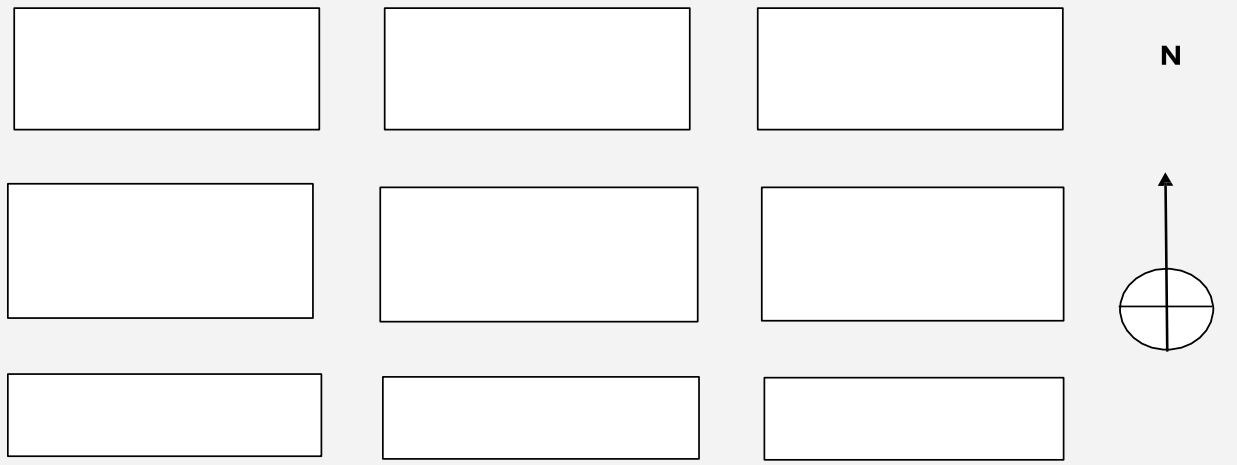
4.0	**ANTECEDENTES SOBRE EL CAPITAL PROPIO INICIAL**	
DECLARO QUE MI CAPITAL PROPIO SE COMPONE DE:		
4.1	Capital de trabajo de la Empresa (Dinero, Materias primas, Mercadería, etc.)	$
4.2	Equipos, Maquinarias, Muebles e Instalaciones	$
	TOTAL CAPITAL (suma punto 5.1 y 5.2)	$
	0,5 % Capital	$

5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	**ADJUNTA**
5.1 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos (Escritura de propiedad, Arriendo, Comodato, Cesión de Derecho u otro).	
5.2 Escritura Pública de Constitución de Sociedad; ➢ Inscripción en el registro de comercio ➢ Publicación en el diario oficial del extracto de constitución de sociedad ➢ Documento que acredite al Representante Legal ➢ Fotocopia simple de RUT de la empresa	
5.3 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.).	
5.4 Declaración firmada del profesional Químico Farmacéutico(a) que asumirá la Dirección Técnica del establecimiento, utilizando formulario F-16, Informa cambio de dirección técnica de farmacia.	
5.5 Declaración firmada del profesional Químico Farmacéutico(a) que asumirá la Dirección Técnica subrogante del establecimiento, utilizando formulario F-16, Informa cambio de dirección técnica de farmacia.	
5.6 Carta suscrita por representante legal presentando al Director Técnico y a los profesionales subrogantes.	
5.7 Si se solicita la autorización de recetario, se debe 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).	
5.5 Certificado de número municipal de la dirección del establecimiento (sugerido).	
5.6 Comprobante de pago de arancel **4160001**	
5.7 Comprobante de pago del arancel **4160002**	

***EN LO RELATIVO A FARMACIAS ASISTENCIALES Y FARMACIAS COMUNALES NO ES REQUISITO CONTAR CON EL PETITORÍO MÍNIMO DE MEDICAMENTOS.**

6.0 MAPA DE UBICACIÓN DE LA FARMACIA

Señale las calles o vías principales y ubicación del local en el mapa.



Nota: Especificar ubicación dentro de un establecimiento mayor, Mall, Clínica, hospital etc, (se puede complementar en el punto 2.0 de observaciones)

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas 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 RUN Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Departamento de Acción Sanitaria
Unidad de Políticas Farmacéuticas
Bueras N° 555, 1er. Piso, Rancagua
Fono: 072-2335330 - 2335236

DECLARACION DE ASUMO DE DIRECCION TECNICA DE UN ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO

El que suscribe ……..…….

Profesión……...

Cédula de identidad……...…..; asume la dirección técnica

Nombre del Establecimiento…… Local…….…

Razón Social:…… RUT……...…….

Ubicado en…… en la ciudad de……..…

Teléfono Local……..; Asumo la DT. a contar de….....

En calidad de: **Director Técnico titular** ☐ **Complementario** ☐

Declaro recibir los medicamentos controlados: Conforme ☐ **No Conforme** ☐

El horario de desempeño laboral en la función señalada es de:

Lunes a viernes	……. a ……. hrs	……. a ……. hrs
Sábado	……. a ……..... hrs	……. a ……. hrs
Domingos	……. a ……. hrs	……. a ……. hrs
Festivos	……. a ……. hrs	……. a ……. hrs
Horario Rotativo	SI……	No……

Mi domicilio particular es:……, comuna de……..

Correo electrónico: …….. Fono particular……

Antecedentes requeridos:
1) Certificado de título original o copia legalizada (copia fiel del original)
2) Fotocopia carné ambos lados
3) Si es extranjero, **adicionalmente** copia legalizada de certificado del Ministerio de Relaciones Exteriores (copia fiel del original)
4) Certificado Inscripción Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud.
Todos los documentos deben ser legalizados ante notario.

……..	……	……
Fecha	Firma QF.	VºBº Nombre – RUN Jefe Zonal o Rep. Legal Empresa

AL SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD
REGION DE O'HIGGINS

Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	LISTA DE CHEQUEO "INSTALACIÓN FARMACIA"	Versión:02 Página **1** de **1**

Fecha	/ /

MARQUE CON ✓ SI ES POSITIVO O CON UNA **X** SI ES NEGATIVO, **NA** CUANDO NO APLIQUE

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre Farmacia			
Superficie del local (m^2)		Croquis coincide con lo observado	

II. REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DEL LOCAL DESTINADO A FARMACIA

	Circunscrito y separado de otras áreas ajenas a farmacia
	Ventanilla turno
	Letrero turno
	Mampara con puerta batiente o apertura hacia afuera en el de acceso de entrada
	Áreas diferenciadas: Sala de venta, Bodega, Of. Administrativa, Sala de Alimentación, Baños
	Mobiliario Sala ventas
	Mobiliario Bodega
	Mueble productos controlados con llave, de material resistente y empotrado, fuera de la vista del público
	Refrigerador de medicamentos con termómetro de máxima y mínima toma corriente de refrigerador independiente
	Dirección visible y destacada en el exterior (número)
	Acceso minusválidos

III. CONDICIONES SANITARIAS Y AMBIENTALES BÁSICAS EN EL LUGAR DE TRABAJO (DS. 594/1999)

	Establecimiento ordenado y limpio			
	Pisos de material sólido no resbaladizos, lisos, lavables y sin grietas, murallas y cielos liso y lavable			
	Construcción sólida, incombustible bien mantenida			
	Instalación eléctrica en buen estado de operación y mantención			
	Pasillos de tránsito despejados			
	Mueble útiles de aseo			
	Basureros con tapa			
	Vías de evacuación señalizadas Escaleras iluminadas, tamaño adecuado, escalones señalizados, pasamanos			
	Extintores con carga vigente			
	Luces de emergencia			
	Agua potable y alcantarillado			
	Luz eléctrica			
	Casilleros N° de trabajadores y N° de casilleros	Cantidad		
	Baño (al menos uno por género)			
	Sistema de ventilación adecuada natural o forzada			
	Vestidores (al menos uno por género)			
	Espacio aislado			
	Sistema de ventilación adecuada natural o forzada			
	Lavaplatos			
	Refrigerador, calentador de agua, microondas			
	Mesa u otro			
	Sillas			

OBSERVACIONES

Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	LISTA DE CHEQUEO "FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA"	Versión:02 Página **1** de **2**

Fecha	/ /

MARQUE CON ✓ SI ES POSITIVO O CON UNA **X** SI ES NEGATIVO, **NA** CUANDO NO APLIQUE

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre Farmacia	

II. LETREROS Y SEÑALÉTICAS

	Nombre Farmacia en el frontis		Horario funcionamiento a la vista del público cuando la farmacia está cerrada		Letrero de Turnos de fácil comprensión y a la vista del público cuando la farmacia está cerrada
	Nombre de farmacéuticos directores técnicos en sala de venta		Señalética ofreciendo libro reclamos		Señalética extintores de incendios
	Prohibido fumar		Vías escape		

III. CONDICIONES SANITARIAS Y AMBIENTALES BÁSICAS EN EL LUGAR DE TRABAJO (DS. 594/1999)

	Servicios higiénicos funcionando, con dispensadores de jabón líquido, papel toalla manos desechable y papel higiénico		
	N° Trabajadores, indicar género	F:	M:
	Establecimiento ordenado y limpio		

IV. OFICINA QUÍMICO FARMACÉUTICO

	Silla / Escritorio		Archivadores		Timbres
	Espacio para almacenar recetas con y sin control de saldos				
	Copia de Receta: fotocopia _____ manual _____				
	Oficina DT con escritorio, silla ergonómica, archivadores, mueble para la documentación legal, etc.				

V. REGLAMENTOS. MATERIAL DE CONSULTA PÚBLICA ACTUALIZADA

	Procedimiento de respuesta a los reclamos de calidad, seguridad y eficacia de medicamentos (Art. 18 de DS 466/1984)		
	Reglamentos de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos autorizados (DS. 466/1984)		
	Reglamentos de Estupefacientes (DS. 404/1983)		
	Reglamentos de Productos Psicotrópicos (DS. 405/1983)		
	Reglamento del sistema nacional de control de los productos farmacéuticos de uso humano (DS. 3/2010)		
	Reglamento de cosméticos (DS. 239/2002)		
	Reglamento de productos y elementos de uso médico (DS. 825/98)		
	Ley 20.000 tráfico ilícito de Estupefacientes y Psicotrópicos		Reglamento Tráfico (DS. 867/2007)
	Farmacopea oficial		
	Código sanitario / Ley 20724: Ley de fármacos		
	Reglamento de Condiciones Sanitarias y Ambientales básicas en los lugares de trabajo (DS 594/99)		
	Monografías de medicamentos (Vademécum)		
	Texto sobre tratamiento de urgencias toxicológicas		
	Manual o norma de cadena de frío		

VI. BODEGA, SALA DE VENTAS Y CADENA DE FRÍO

S. VENTA	BODEGA	
		Estanterías adecuadas para almacenar fármacos e insumos, escalerillas, pisos
		Termómetro/s ambiental/es de máxima y mínima
		Planilla para registro y control de T° ambiental
	Refrigerador para almacenamiento de medicamentos con cadena de frío, capacidad adecuada al volumen de medicamentos	
	Hoja de vida del refrigerador que detalle fechas de mantenimiento	
	Existencia de termómetro de máxima y mínima en refrigerador	

	Planilla de registro y control de temperatura máxima y mínima en refrigerador
	Dispositivo para la entrega de medicamentos termolábiles
	Medicamentos separados de alimentos, hipoglicemiantes y anticoagulantes aparte, medicamentos con estrella fuera de la vista del público, productos estériles y sueros protegidos del polvo y sin elásticos

VII. LEY DE FÁRMACOS (Marque con un ✓ si es positivo o con una cruz si es negativo).

Medicamentos bioequivalentes a la vista de público	
Listado de productos bioequivalentes a disposición del público	
Todos los medicamentos etiquetados con precio	
Listado de precios accesible al publico	

OBSERVACIONES