

Agencia Nacional de Medicamentos  
Subdepartamento de Farmacia

## **FORMULARIO FARMA F-04:**

### **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE INSTALACIÓN DE ALMACEN FARMACÉUTICO**

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 coordinar las visitas de los inspectores.

<b>1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
<b>1.1</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>
	Razón social
	RUT
	Dirección
	Comuna
	Teléfono
	Fax
	Correo electrónico/e-mail
<b>1.2</b>	<b>REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO</b>
	Nombre completo
	Cedula de identidad o RUT
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfono
	Fax
	Correo electrónico/e-mail

Agencia Nacional de Medicamentos  
Subdepartamento de Farmacia

1.3	<b>INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
	Nombre de fantasía	
	Numero de local	
	Domicilio legal	
	Comuna	
	Teléfono	
	Fax	
	Correo electrónico/e-mail	
1.4	<b>HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

<b>2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA</b>	

<b>3.0 DIRECCIÓN TÉCNICA</b>		
3.1	<b>DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
	Nombre de practico de farmacia	
	Cédula de Identidad o RUT	
	Numero de resolución, fecha y autoridad sanitaria que autorizo su ejercicio	
	Domicilio particular	
	Teléfono	

**Agencia Nacional de Medicamentos**  
**Subdepartamento de Farmacia**

	Fax	
	Correo electrónico/e-mail	
	Días de trabajo	
	<b>HORARIO DEL PRACTICO DE FARMACIA</b>	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	
<b>3.2</b>	<b>OTROS PRACTICOS DE FARMACIA</b>	
	Nombre	
	Cédula de identidad o RUT	
	Domicilio particular	
	Teléfono	
	Correo electrónico/e-mail	
	<b>HORARIO DEL PRACTICO DE FARMACIA</b>	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

<b>4.0 ANTECEDENTES SOBRE FECHA PARA VISITA DE FORMALIZACIÓN</b>		
<b>4.1</b>	Señalar fecha, aproximada en la cual el establecimiento estará en condiciones de ser visitado para autorización de instalación, cumpliendo los requisitos técnicos y administrativos correspondientes.	

Agencia Nacional de Medicamentos  
Subdepartamento de Farmacia







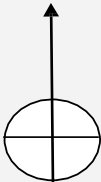

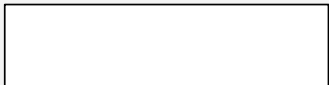

<b>5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)</b>	<b>ADJUNTA</b>
5.1 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos (Escritura de propiedad, Arriendo, Comodato, Cesión de Derecho u otro).	
5.2 Escritura Pública de Constitución de Sociedad; <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inscripción en el registro de comercio</li> <li>➤ Publicación en el diario oficial del extracto de constitución de sociedad</li> <li>➤ Documento que acredite al Representante Legal</li> <li>➤ Fotocopia simple de RUT de la empresa</li> </ul>	
5.3 Plano o Croquis dimensionado del edificio o inmueble, que indique la distribución y función de las dependencias y simbología de su implementación.	
5.4 Declaración firmada del practico que asumirá la Dirección Técnica del establecimiento, debe indicar: nombre completo; dirección particular; profesión; número de R.U.N., días de trabajo y horario de trabajo. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Carta suscrita por representante legal presentando al Práctico y adjuntar fotocopia legalizada la resolución de practico de farmacia y fotocopia simple de cedula de identidad.</li> </ul>	
5.5 Comprobante de pago de arancel <b>4161001</b>	
5.6 Declaración firmada del práctico que complementara el horario del Director Técnico del establecimiento. Debe indicar: nombre completo, dirección particular, profesión, número de R.U.N., días de trabajo y horario de trabajo.	

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.

Agencia Nacional de Medicamentos  
Subdepartamento de Farmacia

**6.0 OBJETIVO: DETERMINAR UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

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

			N
			
			

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

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

## **FORMULARIO FARMA F-05:**

### **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE ALMACEN FARMACÉUTICO**

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 coordinar las visitas de los inspectores.

<b>1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
<b>1.1</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>
	Razón social
	RUT
	Dirección
	Comuna
	Teléfono
	Fax
	Correo electrónico/e-mail
<b>1.2</b>	<b>REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO</b>
	Nombre completo
	Cedula de identidad o RUT
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfono
	Fax
	Correo electrónico/e-mail
<b>1.3</b>	<b>INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>

**Agencia Nacional de Medicamentos  
Subdepartamento de Farmacia**

	Nombre de fantasía	
	Numero de local	
	Domicilio legal	
	Comuna	
	Teléfono	
	Fax	
	Correo electrónico/e-mail	
<b>1.4</b>	<b>HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

<b>2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA</b>

<b>3.0 DIRECCIÓN TÉCNICA</b>		
<b>3.1 DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO</b>		
	Nombre de practico de farmacia	
	Cédula de Identidad o RUT	
	Numero de resolución, fecha y autoridad sanitaria que autorizo su ejercicio	
	Domicilio particular	
	Teléfono	
	Fax	
	Correo electrónico/e-mail	
	Días de trabajo	

**Agencia Nacional de Medicamentos  
Subdepartamento de Farmacia**

<b>HORARIO DEL PRACTICO DE FARMACIA</b>	
Lunes a viernes	
Sábados	
Domingo	
Festivos	
<b>3.2</b>	<b>OTROS PRACTICOS DE FARMACIA</b>
Nombre	
Cédula de identidad o RUT	
Domicilio particular	
Teléfono	
Correo electrónico/e-mail	
<b>HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>	
Lunes a viernes	
Sábados	
Domingo	
Festivos	

<b>4.0 ANTECEDENTES SOBRE FECHA PARA VISITA DE FORMALIZACIÓN</b>	
<b>4.1</b>	Señalar fecha, aproximada en la cual el establecimiento estará en condiciones de ser visitado para autorización de instalación, cumpliendo los requisitos técnicos y administrativos correspondientes.

<b>5.0 ANTECEDENTES SOBRE EL CAPITAL PROPIO INICIAL</b>	
<b>DECLARO QUE MI CAPITAL PROPIO SE COMPONE DE:</b>	
<b>5.1</b>	Capital de trabajo de la Empresa (Dinero, Materias primas, Mercadería, etc.) \$
<b>5.2</b>	Equipos, Maquinarias, Muebles e Instalaciones \$
	TOTAL CAPITAL ( suma punto 5.1 y 5.2) \$
	0,5 % Capital \$



**Agencia Nacional de Medicamentos**  
**Subdepartamento de Farmacia**




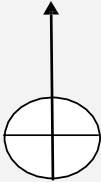

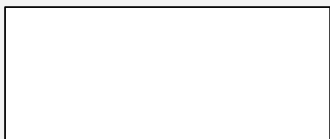
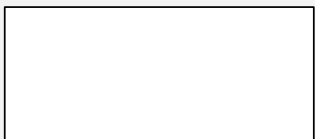

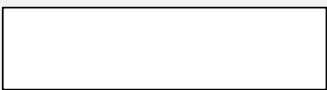

<b>6.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)</b>	<b>PAGINA</b>
6.1 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos (Escritura de propiedad, Arriendo, Comodato, Cesión de Derecho u otro).	
6.2 Escritura Pública de Constitución de 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	
6.3 Plano o Croquis dimensionado del edificio o inmueble, que indique la distribución y función de las dependencias y simbología de su implementación.	
6.4 Declaración firmada del práctico que asumirá la Dirección Técnica del establecimiento, debe indicar: nombre completo; dirección particular; profesión; número de R.U.N., días de trabajo y horario de trabajo. ➤ Carta suscrita por representante legal presentando al Director Técnico Adjuntar fotocopia legalizada de título si corresponde (**)	
6.5 Fotocopia autorizada de la resolución de practico de farmacia y fotocopia simple de cedula de identidad	
6.6 Comprobante de pago del arancel <b>4161002</b> y pago de dos libros código <b>4161006</b>	
6.7 Declaración firmada del práctico que complementara el horario del Director Técnico del establecimiento. Debe indicar: nombre completo, dirección particular, profesión, número de R.U.N., días de trabajo y horario de trabajo.	

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.

Agencia Nacional de Medicamentos  
Subdepartamento de Farmacia

**7.0 OBJETIVO: DETERMINAR UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

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

			<p>N</p> 
			
			

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

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**