


FECHA:

| CAMBIO DE ENCARGADO DE BOTIQUÍN | FECHA CAMBIO: |
|---|---------------|
| DEJA CARGO ENCARGADO DE BOTIQUÍN | |
| DEJA CARGO SUBROGANTE DE ENCARGADO DE BOTIQUÍN | |
| ASUME CARGO DE ENCARGADO DE BOTIQUÍN | |
| ASUME CARGO SUBROGANTE DE ENCARGADO DE BOTIQUÍN | |

- ✓ Debe enviar el formulario completo, firmado y con los documentos solicitados en el punto 4.0 vía correo electrónico a notificacionesdt@ispch.cl.
- ✓ En caso de solicitar certificado de encargado de botiquín pagar el arancel del punto 4.6.
- ✓ Debe imprimir y mantener en el botiquín el correo enviado para respaldo en caso de fiscalización.

| 1.0 ANTECEDENTES DEL ENCARGADO DE BOTIQUÍN | |
|--|--|
| Nombre | |
| Cédula de Identidad | |
| Profesión | |
| Domicilio particular | |
| Teléfonos de contacto | |
| Correo electrónico | |
| HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL | |
| Lunes a viernes | |
| Sábados | |
| Domingo | |
| Festivos | |

| 2.0 INDIVIDUALIZACIÓN DEL BOTIQUÍN | |
|--|--|
| Nombre del Establecimiento | |
| Tipo de Establecimiento | |
| Dirección | |
| Comuna | |
| Teléfonos de contacto | |
| Correo electrónico | |
| Razón Social | |
| RUT | |
| 2.1 HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL BOTIQUÍN | |
| 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> | <u>FARMA B-25</u> | Versión:02 Página 2 de 2 |
| | INFORMA ENCARGADO DE BOTIQUÍN | Actualización: 07/06/2016 |

3.0 ASUMO/DEJO LOS SALDOS Y REGISTROS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS

| | |
|--|---|
| | CONFORME |
| | DISCONFORME |
| | NO EXISTE SALDO DE MEDICAMENTOS SUJETOS A CONTROL LEGAL |

| 4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR | ADJUNTA |
|--|---------|
| 4.1 Adjuntar fotocopia legalizada del Título Profesional, Título Técnico o certificado que acredite competencia (Para personas extranjeras, fotocopia legalizada el certificado de reconocimiento de Título Profesional) o certificado de prestador individual de salud, emitido por la superintendencia de salud (www.supersalud.cl). En caso de dejar cargo no es necesario. | |
| 4.2 Fotocopia simple de la Cédula Nacional de Identidad o R.U.N. provisorio en caso de extranjeros. | |
| 4.3 Adjuntar listado indicando el saldo de medicamentos sujetos a control de Estupefacientes y Psicotrópicos, si aplica. | |
| 4.4 Fotocopia de la resolución de autorización de funcionamiento del botiquín. | |
| 4.5 Carta de presentación elaborada por el Director Técnico del Establecimiento donde se ubica el botiquín, en la cual señale al nuevo Encargado y la aceptación de éste en el cargo designado. | |
| 4.6 Comprobante de pago de arancel 4167001 entregado por caja (Solo para solicitud de Certificados oficiales entregados por el Instituto de Salud Pública de Chile). | |

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA
Director Técnico

NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA
Encargado de botiquín