

FORMULARIO FARMA F-05:

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO 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.

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

**Agencia Nacional de Medicamentos
Subdepartamento de Farmacia**

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

2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA

3.0 DIRECCIÓN TÉCNICA	
3.1 DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO	
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**

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

4.0 ANTECEDENTES SOBRE FECHA PARA VISITA DE FORMALIZACIÓN	
4.1	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.

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

Agencia Nacional de Medicamentos
Subdepartamento de Farmacia




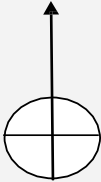

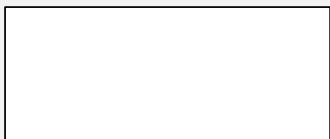
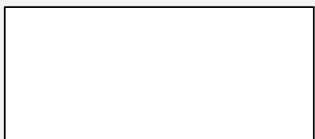



6.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	PAGINA
6.1 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos (Escritura de propiedad, Arriendo, Comodato, Cesión de Derecho u otro).	
6.2 Escritura Pública de Constitución de Sociedad; ➤ Inscripción 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 4161002 y pago de dos libros código 4161006	
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