



**FORMULARIO N° 4**  
**SOLICITUD DE CIERRES DE FARMACIAS**  
(Cierre Definitivo / Cierre Temporal)

Versión 00  
Actualización:  
15/02/2021

**NOTA: LEA CON ATENCIÓN Y COMPLETE el presente formulario en forma digital. NO serán aceptados formularios escritos de forma manual.**

1. NOTIFICA CIERRE DEL TIPO: (Marcar sólo una casilla)

Definitivo

(Sin código arancelario)

Temporal

(Sin código arancelario)

2. TIPO DE FARMACIA: (Marcar sólo una casilla)

Comunitaria alopática

Comunitaria homeopática

Asistencial

Municipal

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE: (Complete la siguiente información)

**INFORMACIÓN PROPIETARIO**

Razón social de la empresa / Propietario

RUT:

Teléfono:

Domicilio Legal:

Comuna:

Correo electrónico:

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre:

RUN:

Correo electrónico:

**DATOS ESTABLECIMIENTO**

Nombre de fantasía

N° local

Correo electrónico:

Dirección

Comuna:

Teléfono:

Horario:

**DATO DE CONTACTO** (Inspectores de la sección tomarán contacto con él o ella, para coordinar visita inspectiva o solicitar antecedentes)

Nombre:

RUN:

Correo electrónico:

4. FECHA ESTIMADA DE CIERRE

**CIERRE DEFINITIVO**

FECHA:

**CIERRE TEMPORAL**

FECHA INICIAL

FECHA DE REAPERTURA

**NOTA:** En caso que la farmacia posea saldos de productos sujetos a control legal, deberán solicitar: Transferencia y/o Destrucción de éstos. Para solicitar debe ingresar a <https://www.ispch.cl/anamed/medicamentos/estupefacientes-y-psicotropicos/> y seguir las instrucciones allí detalladas.

**FORMULARIO N° 4**  
**SOLICITUD DE CIERRES DE FARMACIAS**

(Cierre Definitivo / Cierre Temporal)

4. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Carta firmada por el representante legal que detalle los motivos del cierre de la farmacia.
II.	Resolución de autorización de instalación, funcionamiento o instalación y funcionamiento de la farmacia.

*Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas en la legislación vigente y los mencionados en el presente formulario, para autorizar la 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.*

---

NOMBRE Y RUN REPRESENTANTE LEGAL