



**FORMULARIO N° 6**  
**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE BOTIQUINES**  
(Funcionamiento / Modificaciones / Cierre)

Versión 00  
Actualización:  
01/03/2021

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

1. SOLICITA AUTORIZACIÓN DE: (Marcar sólo una casilla)

Funcionamiento  
(Cód. 4162001)

Modificación de arsenal farmacoterapéutico  
(Cód. 4162006)

Modificación de planta física  
(Cód. 4160004)

Cierre definitivo  
(Sin costo arancelario)

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE: (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 del establecimiento

Correo electrónico

Dirección

Comuna

Teléfono

Tipo Establecimiento<sup>1</sup>

Autorización sanitaria y Fecha<sup>1</sup>

Horario de atención:

**DATOS DIRECTOR/A TÉCNICO Y ENCARGADO/A** (Inspectores de la sección tomarán contacto con él o ella, para coordinar visita inspectiva o solicitar antecedentes)

Nombre Director Técnico:

RUN:

Correo electrónico:

Encargado del Botiquín:

RUN:

Correo electrónico:

**NOTA<sup>1</sup>: Tipo de Establecimiento**, refiere al establecimiento de salud que contiene al botiquín en su interior, por ejemplo: sala de procedimientos, pabellón de cirugía menor, sala externa de toma de muestra, centros de diálisis, E.L.E.A.M., clínica, hospital o clínica veterinaria, entre otros. **Autorización sanitaria y Fecha**, corresponde al número de autorización sanitaria del establecimiento de salud que contiene al botiquín y su respectiva fecha de emisión.

**FORMULARIO N° 6**  
**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE BOTIQUINES**  
(Funcionamiento / Modificaciones / Cierre)

3. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Comprobante de pago de arancel <b>(adjuntar en caso de funcionamiento, modificación de planta física y modificación de arsenal farmacoterapéutico).</b>
II.	Copia de Resolución que autoriza el establecimiento de salud, en donde se encuentre el botiquín <b>(adjuntar para todas las solicitudes).</b>
III.	Antecedentes legales originales debidamente autorizados ante notario público <b>(adjuntar en caso de funcionamiento y modificación de planta física)</b>  a) Escritura pública de constitución de sociedad  b) Reducción a Escritura pública de Acta mediante la cual se denomina a representante legal, cuando se trate de sociedad anónima  c) Protocolización del Extracto de Constitución de la Sociedad e inscripción en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces.  d) Fotocopia protocolizada notarialmente de la publicación en el Diario Oficial.  e) Inscripción del rol único tributario y declaración de actividades en el S.I.I.  f) Contrato de arriendo o escritura de propiedad.  g) Certificado de Número Municipal.
IV.	Listado de arsenal farmacoterapéutico que se utilizará en el establecimiento <b>(adjuntar en caso de funcionamiento y modificación de arsenal farmacoterapéutico).</b>
V.	Declaración firmada por el representante legal que presente el horario semanal de funcionamiento del botiquín (que incluya festivos, en caso que éstos sean realizados) y al o los encargados del botiquín <b>(adjuntar en caso de funcionamiento y modificación de planta física).</b>
VI.	Declaración firmada por el o los encargados del botiquín que asumen el cargo, detallando el horario semanal de ejercicio profesional <b>(adjuntar en caso de funcionamiento y modificación de planta física).</b>
VII.	Copia de certificado de dirección técnica del establecimiento, emitido por la Secretaría Regional Ministerial de Salud o quien corresponda <b>(adjuntar en caso de funcionamiento y modificación de planta física).</b>
VIII.	Certificado de título o Registro nacional de prestadores individuales de Salud (Supersalud) del director técnico y del o los encargados del botiquín <b>(adjuntar en caso de funcionamiento y modificación de planta física).</b>
IX.	Plano arquitectónico a escala del establecimiento, dimensionado y funcional, que indique superficie total <b>(adjuntar en caso de funcionamiento y modificación de planta física).</b>
X.	Copia de Resolución que autoriza el funcionamiento del botiquín <b>(adjuntar en caso de modificación de planta física, modificación de arsenal farmacoterapéutico y cierre definitivo).</b>
XI.	Copia de convenio o contrato para el control del plagas <b>(adjuntar en caso de funcionamiento y modificación de planta física).</b>
XII.	Declaración del representante legal que detalle los motivos del cierre definitivo del establecimiento <b>(adjuntar en caso de cierre definitivo).</b>

*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 RUT REPRESENTANTE LEGAL