 <p>Departamento ANAMED Subdepartamento de Autorizaciones y Registro Sanitario de Prod. Nuevos y Biológicos Sección Autorización de Establecimientos</p>	<h2>FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN RESPONSABLES SANITARIOS Y REPRESENTANTE LEGAL</h2>	<p>Versión: 04 Emisión: 03/01/2023 Actualización: 23/08/2023 Página: 1 de 3</p>
---	---	---

Completar los puntos **1, 2 y 3** con toda la información, en punto **4** adjuntar todos los antecedentes solicitados.

1. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE ESTABLECIMIENTO QUE EFECTÚA LA NOTIFICACIÓN:			
Marque con una X el tipo de establecimiento que requiere notificar su responsable sanitario. Marcar sólo un tipo de establecimiento por formulario.			
Laboratorio Farmacéutico de Producción	<input type="checkbox"/>	Droguería	<input type="checkbox"/>
Laboratorio Farmacéutico Acondicionador	<input type="checkbox"/>	Depósito	<input type="checkbox"/>
Laboratorio Farmacéutico de Control de Calidad	<input type="checkbox"/>	Bodega de Cosméticos Importados Terminados	<input type="checkbox"/>
Laboratorio Cosmético de Producción	<input type="checkbox"/>	Farmacia con Recetario Magistral Estéril	<input type="checkbox"/>

1.1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:	
Razón Social	
RUT	
Dirección	
Nombre del Representante Legal	
RUN Representante Legal	
e-mail de contacto	
Teléfono de Contacto	
Horario de funcionamiento del establecimiento (incluyendo horario de turno nocturno, en forma detallada)	

2. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE NOTIFICACIÓN: Marque con una X sólo una opción.		
2.1. Asume el cargo sanitario <input type="checkbox"/>	2.2. Deja el cargo sanitario <input type="checkbox"/>	2.3. Deja y Asume cargo sanitario <input type="checkbox"/>
2.4. Vacaciones o Ausencia <input type="checkbox"/>	2.5. Cambio de Representante Legal <input type="checkbox"/>	


3. Para los distintos tipos de notificación señaladas en punto 2, completar según sea el caso, los siguientes recuadros con todos los datos solicitados (*cuando no aplique deje el recuadro en blanco*):

3.1 Señalar Profesional Químico Farmacéutico que **ASUME CARGO SANITARIO:**

Cargo Sanitario:						
A)	Titular <input type="checkbox"/>	Complementario <input type="checkbox"/>				
B)	Director Técnico <input type="checkbox"/>	Jefe de Control de Calidad <input type="checkbox"/>	Jefe de Producción <input type="checkbox"/>	Jefe de Aseguramiento de la Calidad <input type="checkbox"/>	Encargado de Bodega <input type="checkbox"/>	Supervisor Recetario Estéril <input type="checkbox"/>
Nombre completo:						
RUN:		e-mail:		Teléfono:		
e-mail particular (opcional):						
Dirección particular (opcional):						
Fecha que asume el cargo:						
Horario de ejercicio profesional:						

3.2 Señalar Profesional que **DEJA CARGO SANITARIO:**

Cargo Sanitario:						
A)	Titular <input type="checkbox"/>	Complementario <input type="checkbox"/>				
B)	Director Técnico <input type="checkbox"/>	Jefe de Control de Calidad <input type="checkbox"/>	Jefe de Producción <input type="checkbox"/>	Jefe de Aseguramiento de la Calidad <input type="checkbox"/>	Encargado de Bodega <input type="checkbox"/>	Supervisor Recetario Estéril <input type="checkbox"/>
Nombre completo:						
RUN:		e-mail:		Teléfono:		
e-mail particular (opcional):						

 <p>Departamento ANAMED Subdepartamento de Autorizaciones y Registro Sanitario de Prod. Nuevos y Biológicos Sección Autorización de Establecimientos</p>	<h2>FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN RESPONSABLES SANITARIOS Y REPRESENTANTE LEGAL</h2>	<p>Versión: 04 Emisión: 03/01/2023 Actualización: 23/08/2023 Página: 2 de 3</p>
---	---	---

Dirección particular (opcional):
Fecha que deja el cargo:

3.3 Señalar reemplazo por VACACIONES o AUSENCIA:

Cargo Sanitario:

A) Titular Complementario

B) Director Técnico Jefe de Control de Calidad Jefe de Producción Jefe de Aseguramiento de la Calidad Encargado de Bodega Supervisor Recetario Estéril

Nombre de profesional que es reemplazado: **RUN:**

Nombre profesional que efectúa el reemplazo: **RUN:**

Fecha reemplazo (día/mes/año) Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

Horario ejercicio profesional que efectúa reemplazo:

3.4 Cambio de Representante Legal, completar la información del nuevo representante legal:

Nombre completo: **Teléfono:**

RUN:

e-mail:

Fecha que asume el cargo:

4. Documentación obligatoria que debe adjuntar al realizar su notificación en el caso de ASUMIR UN CARGO SANITARIO o como Reemplazo por VACACIONES o AUSENCIA

a) Copia de Certificado de Título o Certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Salud (*)	<input type="checkbox"/>
b) Certificados que acrediten capacitaciones para acceder al cargo sanitario	<input type="checkbox"/>
c) Curriculum Vitae para acceder al cargo (permitirá conocer si el profesional cuenta con experiencia en el cargo)	<input type="checkbox"/>
(*) No es requisito adjuntar título profesional para el encargado de una Bodega de Cosméticos Importados Terminados.	

NOTA: Con excepción de aquellos profesionales que se encuentren incorporados en el registro de prestadores individuales de salud de la Superintendencia de Salud, todo profesional que actúe como responsable sanitario en cualquiera de los establecimientos señalados (exceptuando al Encargado de Bodega de Cosméticos Importados Terminados), ya sea en forma temporal o definitiva, debe estar acreditado con su certificado de título vigente en el país y calificado en las actividades propias del establecimiento en la cual asume el cargo sanitario. En caso de ausencias, los cargos sanitarios deberán ser suplidos de inmediato por otros de igual profesión y por el tiempo que dure su ausencia, en las condiciones señaladas en la reglamentación y además comunicado al Instituto. Igual comunicación deberá hacerse al término de sus funciones o suspensión de las mismas (Art. 151° DS 03/2010; Art. 88° y 89° DS 239/2002; Art. 19° DS 466/1984).
Se exceptúa al caso, el Encargado de Bodega de Cosméticos Importados Terminados.


IMPORTANTE: Si el usuario no adjunta la documentación solicitada en el punto 4 del presente formulario, el cargo sanitario no se considerará notificado.

NOTIFICACIÓN:

Solicito que se me notifique de oficios, resoluciones y otros documentos relacionados con los procesos de competencia del Instituto de Salud Pública de Chile, mediante correo electrónico, entregando para ello las direcciones:

Solicito se me notifique vía carta certificada al domicilio ubicado en:

Se deja constancia que es responsabilidad del interesado informar al Instituto respecto de cualquier modificación del domicilio o las direcciones de correo electrónico aquí entregados.
Nombre y firma de persona que notifica:

 <p>Departamento ANAMED Subdepartamento de Autorizaciones y Registro Sanitario de Prod. Nuevos y Biológicos Sección Autorización de Establecimientos</p>	FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN RESPONSABLES SANITARIOS Y REPRESENTANTE LEGAL	Versión: 04 Emisión: 03/01/2023 Actualización: 23/08/2023 Página: 3 de 3
---	---	--

Por este acto y en la representación que invisto, **damos fe que toda la información entregada en el presente formulario es fidedigna y se ajusta a lo establecido en la reglamentación sanitaria vigente.** Que si en la revisión posterior efectuada por la autoridad sanitaria, se verifica que los datos entregados en este documento no están completos y ajustados a lo establecido en la reglamentación vigente o no son fidedignos, se aplicarán las sanciones respectiva, incluso lo señalado en el **Artículo 210 del Código Penal** que establece: “El que ante la autoridad o sus agentes perjurare o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales”.

Nombre y Firma Representante Legal o su reemplazante:

Nombre y Firma Responsable(s) Sanitario(s) que notifica (n):