



Comunicaciones e Imagen  
Institucional  
Instituto de Salud Pública

## COMUNICACIONES CC-01

Versión:01  
Página 1 de 2

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE  
PUBLICIDAD DE PRODUCTOS  
FARMACÉUTICOS DE VENTA DIRECTA  
(NO TÍTULARES DE REGISTRO SANITARIO)

Actualización:  
11/09/2017

FECHA:

**Solicitante del trámite (persona de contacto):**

**Teléfonos de contacto:**

**Correo del solicitante:**

**Dirección física para envío de Resoluciones:**

Nota: el solicitante del trámite es la persona con la que se pondrá en contacto el ISP para coordinar solicitudes que pudiesen surgir durante el proceso de evaluación.

-----Acepto comunicación por correo electrónico.

Correo electrónico:-----

### 1.0 TIPO ESTABLECIMIENTO (Marque con una X)

a) Farmacia	b) Botiquín	c) Almacén Farmacéutico
d) Otros		

### 1.1 ANTECEDENTES DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL	
a)	Razón Social o nombre
	RUT o N° cédula de identidad
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfono de contacto
	Correo electrónico
REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA	
b)	Nombre completo
	Cédula de identidad (RUN)
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfono de contacto
	Correo electrónico

### 2.0 INFORMACIÓN CONTENIDA EN PUBLICIDAD (Marque con una X)

a) Publicidad sobre descuentos, beneficios en general.	b) Publicidad de medicamentos Venta Directa
c) Ambas	d) Otro

Nota: para descuentos en general, se debe incorporar la leyenda: "Si su medicamento requiere de receta médica debe presentarla al momento de la compra". Tiene que ser parte de la publicidad. No de la Condición de oferta.

### 2.1 TIPO Y CANTIDAD DE PUBLICIDAD

a) Imagen (por plana)	b) Audio	c) Video
d) Otro	Número total de imágenes, audios, videos y otros a evaluar	

Nota: deberá realizar pago del código arancelario N° **1000001**, por cada una de las publicidades de medicamento de venta directa presentadas a evaluar.



Comunicaciones e Imagen  
Institucional  
Instituto de Salud Pública

## COMUNICACIONES CC-01

Versión:01  
Página 2 de 2

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE  
PUBLICIDAD DE PRODUCTOS  
FARMACÉUTICOS DE VENTA DIRECTA  
(NO TÍTULARES DE REGISTRO SANITARIO)

Actualización:  
11/09/2017

2.2 DETALLE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS CONTENIDOS EN PUBLICIDAD	
Nombre producto farmacéutico	Registro Sanitario N°

2.3 OTROS PRODUCTOS NO FARMACÉUTICOS QUE ACOMPAÑEN LA PUBLICIDAD DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS				
a) Dispositivos médicos	Si	No	¿Cantidad?	
b) Cosméticos	Si	No	¿Cantidad?	
c) Suplementos alimenticios (alimentos)	Si	No	¿Cantidad?	
d) Otros	Si	No	¿Cantidad?	

3.0 CANALES Y MEDIOS DE DIFUSIÓN (Marque con una X)			
a) Publicidad al interior del local		b) Periódicos	
c) Televisión		d) Radio	
e) Redes Sociales		f) Otro	

4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (COPIA)	ADJUNTA	
	SI	N/A
4.1 Documentos de la empresa: - Personería del representante legal y del solicitante, si se trata de una persona jurídica, o cédula de identidad si se trata de una persona natural. - Certificado de inscripción de la sociedad en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces. - Fotocopia simple de RUN de la empresa, si corresponde		
4.2 Imagen(es) en color de la publicidad a evaluar (cuando aplique).		
4.3 Audio(s) en formato .mp3 o similar a evaluar (cuando aplique) más transcripción.		
4.4 Video(s) en formato .mp4 o similar a evaluar (cuando aplique) más transcripción.		

Deseo ser notificado de la Resolución exenta a través de correo electrónico	NO	SI

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO, ASÍ COMO LOS ANTECEDENTES ACOMPAÑADOS SON VERDADEROS E ÍNTEGROS. FORMULO LA PRESENTE DECLARACIÓN EN CONOCIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 210 DEL CÓDIGO PENAL, QUE DISPONE: EL QUE ANTE LA AUTORIDAD O SUS AGENTES PERJURARE O DIERE FALSO TESTIMONIO EN MATERIA QUE NO SEA CONTENCIOSA, SUFRIRÁ PENA DE PRESIDIO MENOR, EN SU GRADO MÍNIMO A MEDIO Y MULTA DE SEIS A DIEZ UNIDADES TRIBUTARIAS MENSUALES.**

**\_\_\_\_\_  
NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**