

FECHA:

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

**Teléfonos de contacto:**

**Correo del solicitante:**

Nota: Contacto o solicitante, persona que al ser llamado resuelve consultas, dudas y con quien se acuerda visita de autorización.

<b>1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
<b>1.1</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>
	Nombre del establecimiento
	Tipo de establecimiento (Sala de Procedimiento, Pabellón de Cirugía Menor, Clínica, ELEAM, etc.)
	Autorización Sanitaria N° y fecha
	Razón Social
	RUT
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
<b>1.2</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO</b>
	Nombre Completo
	Cédula de Identidad o RUN
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfonos de contacto
Correo electrónico	
<b>1.3</b>	<b>INDIVIDUALIZACIÓN DEL BOTIQUÍN</b>
	Ubicación dentro del establecimiento
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
<b>1.4</b>	<b>HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL BOTIQUÍN</b>
	Lunes a Viernes
	Sábado
	Domingo
	Festivos

**2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA**

--

**3.0 ANTECEDENTES DEL (LOS) PROFESIONALE(S)**

<b>3.1</b>	<b>DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
	Nombre Completo	
	Cédula de Identidad o RUN	
	Profesión	
	Domicilio particular	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
	<b>HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>	
	Lunes a Viernes	
	Sábado	
	Domingo	
	Festivos	
	<b>3.2.</b>	<b>ENCARGADO DEL BOTIQUIN</b>
Nombre		
Cédula de Identidad o RUN		
Profesión		
Domicilio particular		
Teléfonos de contacto		
Correo electrónico		
<b>HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>		
Lunes a Viernes		
Sábado		
Domingo		
Festivos		

<b>3.3</b>	<b>SUBROGANTE DEL ENCARGADO DEL BOTIQUIN</b>	
	Nombre	
	Cédula de Identidad o RUN	

 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<b><u>FARMA F-07</u></b>	Versión:01 Página 3 de 4
	SOLICITUD AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE BOTIQUÍN	Actualización: 22/10/2014

	Profesión	
	Domicilio particular	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
	<b>HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>	
	Lunes a Viernes	
	Sábado	
	Domingo	
	Festivos	

**4.0 OBJETIVO: DETERMINAR UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

Señale las calles o vías principales y ubicación del local en el mapa.

			N
			↑
			⊕

**Nota:** Especificar ubicación dentro de un establecimiento mayor, Mall, Clínica, hospital etc, (se puede complementar en el punto 2.0 de observaciones)

<b>5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)</b>	<b>ADJUNTA</b>
5.1 Resolución Sanitaria que autoriza el funcionamiento del establecimiento o parte de él, en el que se encuentra el Botiquín o impresión de código DEIS ( <a href="http://deis.minsal.cl/deis/listaestablec.asp">http://deis.minsal.cl/deis/listaestablec.asp</a> ), para establecimientos del SNSS anteriores a la fecha 8 de febrero de 2006.	
5.2 Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo (Escritura de Propiedad, arriendo, Cesión de Derecho u otro) en copia legalizada notarialmente.	

 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<p><b><u>FARMA F-07</u></b></p>	<p>Versión:01 Página 4 de 4</p>
	<p>SOLICITUD AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE BOTIQUÍN</p>	<p>Actualización: 22/10/2014</p>
<p>5.3 Escritura Pública de Constitución de Sociedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inscripción en el registro de comercio</li> <li>➤ Publicación en el diario oficial del extracto de constitución de sociedad</li> <li>➤ Documento que acredite al Representante Legal</li> <li>➤ Fotocopia simple de RUT de la empresa</li> </ul>		
<p>5.4 Plano o croquis a escala, dimensionado y funcional del edificio o inmueble, que indique superficie total, la distribución, puertas y sentidos de apertura y función de las dependencias (oficinas, baños, entre otros) y simbología de su implementación (muebles, repisas, estantes, extintores, lavaplatos, lavamanos, refrigerador, etc.) y ubicación del Botiquín.</p>		
<p>5.5 Fotocopia legalizada del Título Profesional (Para profesionales extranjeros, fotocopia legalizada el certificado de reconocimiento de Título Profesional) o certificado de prestador individual de salud, emitido por la superintendencia de salud (<a href="http://www.supersalud.cl">www.supersalud.cl</a>), del Encargado de Botiquín.</p>		
<p>5.4 Listado de medicamentos necesario para las prestaciones que entrega el establecimiento, utilizando el nombre genérico, forma farmacéutica (inyectable, capsulas, comprimidos, crema, etc.). El Listado debe estar firmado en todas sus páginas por el Director Técnico y Encargados de Botiquín.</p>		
<p>5.5 Formato de receta retenida de productos sujetos a control legal de uso interno, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de productos psicotrópicos DS 405/83.</p>		
<p>5.6 Formato de receta cheque de uso interno de acuerdo a la Resolución Exenta N° 117 del 24/02/2014, que aprueba la Norma técnica N° 161, que dice relación con el formato de receta cheque de uso interno en establecimientos asistenciales, si corresponde.</p>		
<p>5.8 Comprobante de pago de arancel <b>4162001</b> entregado por caja.</p>		

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas 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.

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA  
Director Técnico

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA  
Encargado de botiquín