



**FORMULARIO**  
**SOLICITUD DE TIMBRAJE DE LIBROS**  
**Estupefacientes y Psicotrópicos**

Versión 00  
Actualización:  
05/01/2022

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

1. TIPO DE LIBRO: prestación cód. **4160009**, para cada uno de los libros, en caso de requerir la opción c), es considerado doble pago.  
(Seleccione sólo una opción)

- a) Sólo control de productos Psicotrópicos
- b) Sólo control de productos Estupefacientes
- c) Control de productos Estupefacientes y Psicotrópicos

2. TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Marque la casilla de correspondiente

Laboratorio Farmacéutico de Producción	Recetario No estéril
Laboratorio Farmacéutico Acondicionador	Recetario Magistral estéril
Laboratorio Farmacéutico de Control de Calidad	Farmacias
Droguería	Botiquín
Depósito Productos Farmacéuticos	

3. FORMATO DE LIBRO REQUERIDO: Marque la casilla de correspondiente a los registros necesarios de timbraje.(máximo de 200 hojas)

Libro Manual	Observación: Debe adjuntar los registros para un máximo de 200 hojas
Libro Digital (Hojas Foliadas)	Observación: Debe adjuntar un máximo de 200 hojas foliadas
Libro Sistema Electrónico	Observación: Debe adjuntar los protocolos de seguridad

4. HOJAS ADICIONALES: Válido para libros manuales y digitales.

Requiere 100 hojas adicionales      SI      NO

- **NOTA:** Para el caso de timbraje de libros Psicotrópicos o Estupefacientes, se autorizará considerando 3 formatos; Libro manual, Libro digital (hojas foliadas) y/o Sistema de Libro Electrónico. El libro Electronico debe definir /declarar los protocolos de seguridad que garanticen; las medidas de seguridad para su manipulación, definición de los perfiles de acceso, nombres de los responsables, perfiles autorizados para mantención del sistema, para el resguardo e integridad de datos.

5. INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:

Resolución de Autorización N°	de Fecha
Nombre de la entidad que emitió la Resolución	
Razón social empresa	Rut
Nombre Establecimiento*	N° Local*
Dirección (calle, N°)	Comuna
Correo electrónico corporativo	Teléfono corporativo

*Todos los campos son obligatorios, → \*Completar en caso de tratarse de Farmacias, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines, Recetario Magistral*

**FORMULARIO**  
**SOLICITUD DE TIMBRAJE DE LIBROS**  
**Estupefacientes y Psicotr6picos**

6. Datos del Director/ Responsable T6cnico:

Nombre	Rut
Correo electr6nico	Tel6fono/ M6vil
Autorizo recibir informaci6n relacionada a las notificaciones de ISP	SI NO

7. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD\*:

Descripci6n de documento

Adjunto

- I. Copia de la Resoluci6n de Funcionamiento del establecimiento o impresi6n del C6digo DEIS para establecimientos del Servicio Nacional de Salud\* de construcci6n anterior al 08 de febrero de 2006.  
\* Regularizar situaci6n con la secci6n autorizaci6n de establecimientos o con la secci6n de control de comercio nacional, seg6n corresponda.
- II. Copia de Resoluci6n de cambio de dominio, cuando corresponda
- III. Copia de Resoluci6n de cambio de nombre, cuando corresponda
- IV. Copia de Traslado de establecimiento, cuando corresponda
- V. Los libros formato manual deben estar rotulados con el tipo de registro y nombre del establecimiento en su exterior. (Si el registro es superior a 200 hojas, se debe pagar el arancel correspondiente a la prestaci6n por cada 100 hojas adicionales.)
- VI. Los libros digitales deben adjuntar parte del total de hojas foliadas (iniciales y finales) e identificadas con el nombre del establecimiento.
- VII. Para libro electr6nico se debe remitir los protocolos con las medidas de seguridad, descritos anteriormente.

**Nota: Las resoluciones emitidas por una entidad diferente al ISP deben ser remitidas con el presente formulario; mientras que las generadas por ISP solo debe indicar el n6mero de resoluci6n y la fecha en que fue emitida.**

*Por este acto y en la representaci6n que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas en la legislaci6n vigente y los mencionados en el presente formulario, para autorizar la instalaci6n y funcionamiento del establecimiento anteriormente seÑalado. Que si en la revisi6n posterior efectuada por la autoridad sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no est6n completos y ajustados a lo establecido en la reglamentaci6n vigente o no son fidedignos, esto ser6 causal suficiente para denegar la presente solicitud.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DIRECTOR T6CNICO (O ENCARGADO)