



FORMULARIO N° 1  
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FARMACIAS  
(Instalación / Funcionamiento / Traslado)

Versión 01  
Actualización:  
10/05/2023

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)

Instalación (Cód. 4160023)	Funcionamiento (Cód. 4160022 variable*)	Instalación y Funcionamiento (Cód. 4160023 + 4160022*)
Instalación farmacia con Recetario Magistral NO ESTÉRIL (Cód. 4160012)		Traslado (Cód. 4160003)

NOTA: Aquellos propietarios que no poseen farmacias autorizadas en la Región Metropolitana, deberán solicitar inicialmente INSTALACIÓN. Una vez resuelta dicha solicitud podrán solicitar el FUNCIONAMIENTO de la farmacia. Propietarios de farmacias ASISTENCIALES, MUNICIPALES o comunitarias con una o más farmacias autorizadas en la Región Metropolitana pueden solicitar INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

2. TIPO DE FARMACIA: (Marcar sólo una casilla)

Comunitaria alopática      Comunitaria homeopática      Asistencial      Municipal

3. 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 de fantasía

N° local

Correo electrónico:

Dirección

Comuna

Teléfono:

Horario:

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

Nombre Director Técnico:

RUN:

Correo electrónico:

Nombre Director Técnico complementario

RUN:

Correo electrónico:

Encargado recetario: (si aplica)

RUN:

Correo electrónico:

\* Para solicitar funcionamiento a través de Cód. 4160022 debe completar lo siguiente:

DECLARO QUE MI CAPITAL PROPIO SE COMPONE DE:

a) Capital de trabajo de la empresa (dinero, materias primas, mercadería, etc.)

\$

b) Equipos, maquinarias, muebles e instalaciones

\$

TOTAL DE CAPITAL (suma a + b)

\$

0.5 % Capital

\$


FORMULARIO N° 1  
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FARMACIAS  
(Instalación / Funcionamiento / Traslado)

4. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Comprobante de pago de arancel (adjuntar para todas las solicitudes).
II.	Antecedentes legales originales debidamente autorizados ante notario público (adjuntar en caso de instalación, instalación y funcionamiento, traslado).  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.  h) Certificado Municipal de recepción definitiva o Certificado de cambio de destino (uso comercial del inmueble)
III.	Declaración firmada por el representante legal que presente el horario semanal de la farmacia (que incluya festivos, en caso que éstos sean realizados) y al o los directores técnicos de la farmacia, que asumen dicho horario de ejercicio de la dirección técnica (adjuntar para todas las solicitudes).
IV.	Declaración firmada por el o los directores técnicos que asumen la dirección técnica de la farmacia, detallando el horario semanal de ejercicio de la dirección técnica (para farmacias asistenciales incluir todos los profesionales químicos farmacéuticos que allí trabajen) (adjuntar para todas las solicitudes).
V.	Ingresar formulario Dirección Técnica de farmacia electrónico (Notifica Fácil!) de todos los profesionales químicos farmacéuticos que asumirán horario de ejercicio de profesión en el establecimiento (adjuntar para todas las solicitudes).
VI.	Plano arquitectónico a escala del establecimiento, dimensionado y funcional, que indique superficie total (adjuntar en caso de instalación, instalación y funcionamiento, traslado).
VII.	Declaración firmada del representante legal que detalle si el fraccionamiento de productos farmacéuticos será realizado en la farmacia, o por un tercero. En caso de ser realizado por un tercero adjuntar además convenio o contrato de prestación de servicio con la farmacia que realiza el fraccionamiento (adjuntar en caso de funcionamiento, instalación y funcionamiento, traslado).
VIII.	Copia de convenio o contrato para el control del plagas (adjuntar en caso de instalación, instalación y funcionamiento, traslado).
IX.	Copia de autorización de funcionamiento de farmacia (adjuntar en caso de traslado).
Indique antigua dirección: _____ Comuna: _____	

*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, funcionamiento o traslado del establecimiento anteriormente señalado. Declaro que el establecimiento cuenta con mampara de puerta batiente y a lo menos 50 m<sup>2</sup> construidos, y 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, RUN Y FIRMA  
REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, RUN Y FIRMA  
DIRECTOR TÉCNICO