



FORMULARIO N° 2  
SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE NOMBRE O  
DOMINIO DE FARMACIAS  
(Cambio de nombre / Cambio de dominio / Cambio de  
razón social)

Versión 02  
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)

Cambio de nombre de  
fantasía  
(Cód. 4160006)

Cambio de dominio  
(Cód. 4160005)

Cambio de razón social  
(Cód. 4160006)

Cambio de dominio y  
nombre de fantasía  
(Cód. 4160006+416005)

NOTA: El Cambio de Dominio de una farmacia, es la transferencia de una farmacia desde un propietario a otro propietario, involucrando como resultado la modificación en el RUT de la razón social propietaria de la farmacia. Mientras que el Cambio de Razón Social, corresponde a la modificación en los estatutos de sociedad, pudiendo de esta forma cambiar el tipo de empresa (ejemplo de Limitada a S.p.A), sin modificación de RUT. El solicitante debe tener claro que tipo de modificación ha sufrido la farmacia, errores en el marcaje de casillas podrían dar por desistido el trámite. En ocasiones los cambios de dominio además involucran el cambio de nombre de una farmacia, en ese caso debe marcar ambas casillas. Debe tener en cuenta que además se considera como cambio de nombre de farmacia, la modificación de numeración interna de la farmacia en una cadena, o en un grupo de farmacias (ejemplo: farmacia Estero local N° 1 a farmacia Estero local N° 5).

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 (O NUEVO 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 (o nuevo 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, en caso de requerir nuevos antecedentes)

Nombre Director Técnico:

RUN:

Correo electrónico:

Nombre Director Técnico complementario

RUN:

Correo electrónico:

INFORMACIÓN ANTIGUO PROPIETARIO (Completar en caso de cambio de dominio o cambio de razón social)

Razón social de la empresa / Propietario

RUT:

Correo electrónico:

DATOS ESTABLECIMIENTO (completar en caso de cambio de nombre)

Nombre de fantasía antiguo

N° local

FORMULARIO N° 2  
SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE NOMBRE O DOMINIO DE FARMACIAS  
(Cambio de nombre / Cambio de dominio / Cambio de razón social)

4. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Comprobante de pago de arancel (adjuntar en caso de todas las solicitudes)
II.	Antecedentes legales originales debidamente autorizados ante notario público (adjuntar en caso de cambio de dominio y cambio de razón social)  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) Documento que acredita la adquisición de la farmacia, a nombre de un nuevo propietario (sólo para cambio de dominio)
III.	Copia de resolución de funcionamiento o de instalación y funcionamiento de la farmacia (adjuntar en caso de todas las solicitudes)
IV.	En caso de contar con autorización de expendio de medicamentos, presentar copia de resolución de expendio de medicamentos por medios electrónicos (adjuntar en caso de cambio de dominio y cambio de nombre de farmacia)
V.	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 en caso de todas las solicitudes)
VI.	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 en caso de todas las solicitudes)
VII.	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 (ingresar en caso de todas las solicitudes).
VIII.	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 de forma propia, adjuntar resolución que autorizó el fraccionamiento propio si es por un tercero adjuntar además convenio o contrato de prestación de servicio con la farmacia que realiza el fraccionamiento (adjuntar en caso de cambio de dominio y en caso de <b>"cambio de dominio y nombre de fantasía"</b> ).
NOTA: En caso que el establecimiento cuente con autorización de expendio de medicamentos por medios electrónicos y la farmacia solicitase cambio de dominio, deberá dar de baja el sitio electrónico y en caso de requerirla, solicitar su autorización posterior a obtener autorización de cambio de dominio.	

*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 el cambio de dominio, cambio de razón social o cambio de nombre de fantasía 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.*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, RUN Y FIRMA  
REPRESENTANTE LEGAL

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