



FORMULARIO

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE CONTROLADOS

Nº REFERENCIA:

ARANCEL:

4250001 AUTORIZACIÓN DE DEVOLUCIÓN DE DROGAS O PRODUCTOS SOMETIDOS A CONTROL LEGAL

Al Director(a) del Instituto de Salud Pública de Chile,  
En conformidad a lo dispuesto en los DD.SS. Nº 404/83 y 405/83, solicito se sirva informar favorablemente la devolución de las drogas y/o productos que a continuación se indican.  
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 210º del Código Penal.

|                    |                |              |            |
|--------------------|----------------|--------------|------------|
| Tipo de Sustancia: | Estupefaciente | Psicotrópico | Precursor* |
|--------------------|----------------|--------------|------------|

\*En caso de que la devolución corresponda sólo a precursores, no se deberá presentar este formulario

DATOS GENERALES

TITULAR O DUEÑO DE LA MERCANCÍA

|                            |     |          |
|----------------------------|-----|----------|
| Razón Social de la empresa | RUT | Teléfono |
|----------------------------|-----|----------|

|           |        |        |
|-----------|--------|--------|
| Dirección | Comuna | Región |
|-----------|--------|--------|

Datos Director Técnico

|        |     |          |
|--------|-----|----------|
| Nombre | RUT | Teléfono |
|--------|-----|----------|

Correo electrónico

DATOS SOLICITANTE

|                            |     |          |
|----------------------------|-----|----------|
| Razón Social de la empresa | RUT | Teléfono |
|----------------------------|-----|----------|

|           |        |        |
|-----------|--------|--------|
| Dirección | Comuna | Región |
|-----------|--------|--------|

Datos Director Técnico

|        |     |          |
|--------|-----|----------|
| Nombre | RUT | Teléfono |
|--------|-----|----------|

Correo electrónico



FORMULARIO

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE CONTROLADOS

Datos Representante Legal

Nombre

RUT

Teléfono

Correo electrónico

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN

Nombre o Razón Social

RUT

Nº Local (si corresponde)

Dirección

Comuna

Región

Rubro

Nº Resolución de Autorización/año

Entidad que emite resolución

Datos Director Técnico

Nombre

RUT

Teléfono

Correo electrónico

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO

Nombre o Razón Social

RUT

Nº Local (si corresponde)

Dirección

Comuna

Región

Rubro

Nº Resolución de Autorización/año

Entidad que emite resolución

Datos Director Técnico

Nombre

RUT

Teléfono

Correo electrónico

DROGA Y/O PRODUCTO:

Debe enviar

Lista de drogas y/o productos farmacéuticos

al correo electrónico

trasladoydestruccioncontrolados@ispch.cl

en formato establecido, indicando en el asunto el número de referencia asignado por Gestión de Productos y Servicios y el nombre del establecimiento. Plazo: máximo 48 horas.



FORMULARIO  
SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE CONTROLADOS

**MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN** *(En caso de seleccionar otro, debe justificar)*

- Retiro de Mercado
- Falla de calidad
- Error en despacho
- Cierre establecimiento
- Traslado entre establecimientos de dispensación
- Otro (justifique)

**OBSERVACIONES:**

**DOCUMENTOS ADJUNTOS:**

- Lista de drogas y/o productos farmacéuticos
- Resolución Sanitaria establecimiento de origen (si la resolución fue emitida por una entidad distinta a ISP)
- Resolución Sanitaria establecimiento de destino (si la resolución fue emitida por una entidad distinta a ISP)

Firma Director Técnico Solicitante

Firma Representante Legal Solicitante