



FORMULARIO N° 9
SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE
ENCARGADO / ENCARGADO SUBROGANTE
DE BOTIQUÍN

Versión 03
Actualización:
30/09/2025

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

1. SOLICITA CERTIFICACIÓN DE: (Marcar sólo una casilla)

- (A) Encargado de Botiquín
(Cód. 4167003)
- (B) Encargado Subrogante de Botiquín
(Cód. 4167003)

2. 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 del establecimiento

Correo electrónico:

Dirección

Comuna

Teléfono:

Tipo Establecimiento¹

Autorización sanitaria y Fecha²

N° de Resolución o N° Deis / Fecha de Resolución:

Horario de Funcionamiento del Botiquín:

Lunes a Viernes:

Sábado:

Domingo:

Festivos:

NOTA:

1 Tipo de Establecimiento, refiere al establecimiento de salud que contiene al botiquín en su interior, por ejemplo: sala de Procedimientos, pabellón de cirugía menor, sala externa de toma de muestra, centros de diálisis, E.L.E.A.M., clínica, hospital o clínica veterinaria, entre otros.

2 Autorización sanitaria y Fecha, corresponde al número de autorización sanitaria del establecimiento de salud que contiene al botiquín y su respectiva fecha de emisión.

DATOS DIRECTOR/A TÉCNICO

Nombre:

RUN:

Correo electrónico:



FORMULARIO Nº 9
SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE
ENCARGADO / ENCARGADO SUBROGANTE
DE BOTIQUÍN

Versión 03
Actualización:
30/09/2025

DATOS DEL PROFESIONAL – ENCARGADO DE BOTIQUÍN

Nombre:	RUN:	Correo electrónico:
Profesión:	Teléfono:	
Domicilio Particular:	Comuna:	

HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL

Lunes a Viernes:	
Sábado:	Domingo:

3. FUNCIÓN (Marcar sólo una casilla):

Encargado de Botiquín	Encargado Subrogante de Botiquín
-----------------------	----------------------------------

4. ARSENAL FARMACOTERAPÉUTICO.

I. Asumo los saldos y registros de productos farmacéuticos autorizados para el botiquín:

Conforme	No Conforme
No existen saldos	
No aplica	

II. Asumo los saldos y registros de productos farmacéuticos psicotrópicos y estupefacientes:

Conforme	No Conforme
No existen saldos	
No aplica	

III. Observaciones asociadas:

5. DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A SU SOLICITUD:

I.	Comprobante de pago de arancel (adjuntar en caso de A y B).
II.	Copia de Resolución de autorización de funcionamiento de botiquín (adjuntar en caso de A y B).
III.	Documentos de encargado de botiquín / encargado subrogante de botiquín (de acuerdo a lo que corresponda): Cédula de identidad, Certificado de título o de la Superintendencia de Salud y/o reconocimiento de título por el Ministerio de Relaciones Exteriores (adjuntar en caso de A y B).
IV.	Declaración firmada por el representante legal que presente al encargado de botiquín / encargado subrogante de botiquín e indique el horario semanal de funcionamiento del botiquín (que incluya festivos, en caso que éstos sean realizados) (adjuntar en caso de A y B).



FORMULARIO N° 9
SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE
ENCARGADO / ENCARGADO SUBROGANTE
DE BOTIQUÍN

Versión 03
Actualización:
30/09/2025

V.	Declaración firmada por el encargado / encargado subrogante de botiquín que asume el cargo, detallando el horario semanal de ejercicio profesional (incluyendo sábado, domingo y festivos, en caso que éstos sean realizados) (adjuntar en caso de A y B).
VI.	Listado con el saldo de medicamentos autorizados (adjuntar en caso de A y B) .
VII.	Listado con el saldo de medicamentos sujetos a control legal (si aplica). (adjuntar en caso de A y B).

***NOMBRE, RUN Y FIRMA**
Encargado / Encargado Subrogante
Botiquín

***NOMBRE, RUN Y FIRMA**
Representante Legal
Razón Social

* 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 art. 210° del Código Penal.

* Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidos en la legislación vigente. Si en 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.