
 <p>SEREMI Región de Ñuble Ministerio de Salud</p>	<p>SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCIÓN SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIAS</p>	<p>INFORME CAMBIO DE DIRECTOR TÉCNICO DE FARMACIA</p>
---	---	--

El presente formulario, así como los documentos adjuntos, deben ser escaneados en buena calidad, con las firmas correspondientes, y remitidos al correo electrónico: dtfarmacianuble@redsalud.gob.cl a más tardar el día hábil siguiente a efectuarse la modificación de cambio de Director Técnico.

ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL	
NOMBRE COMPLETO	
CÉDULA DE IDENTIDAD	
DOMICILIO PARTICULAR	
COMUNA	
TELÉFONOS DE CONTACTO	
CORREO ELECTRÓNICO	
HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	
LUNES A VIERNES	
SÁBADO	
DOMINGO	
FESTIVOS	

CAMBIO DIRECCIÓN TÉCNICA	
FECHA CAMBIO:	
	ASUME DIRECCIÓN TÉCNICA
	ASUME DIRECCIÓN TÉCNICA REEMPLAZANTE
	DEJA DIRECCIÓN TÉCNICA
	DEJA DIRECCIÓN TÉCNICA REEMPLAZANTE

MOTIVO DEL CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA					
1) FERIADO LEGAL		2) LICENCIA MÉDICA		3) RENUNCIA	
4) OTROS (especificar)					

	SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCIÓN SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIAS	INFORME CAMBIO DE DIRECTOR TECNICO DE FARMACIA
---	---	---

TIPO DE ESTABLECIMIENTO							
1. Farmacia Comunitaria Alópatica		2. Farmacia Comunitaria Homeopática		3. Farmacia Médico Asistencial		4. Farmacia Móvil	

INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA	
NOMBRE DE FANTASÍA	
RAZÓN SOCIAL	
RUT	
DIRECCIÓN	
COMUNA	
CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO DE CONTACTO	
HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA	
LUNES A VIERNES	
SÁBADO	
DOMINGO	
FESTIVOS	

ASUMO/DEJO LOS SALDOS Y REGISTROS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS	
	CONFORME
	DISCONFORME (*Adjuntar Informe detallando la situación)

ASUMO/DEJO SALDOS VENCIDOS DE PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS	
	SI (*Adjuntar hoja con detalle de productos vencidos)
	NO

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR
1. Certificado de Registro de Prestador Individual de Salud de la Superintendencia de Salud o, en su defecto, Fotocopia legalizada del Título Profesional. (Para profesionales extranjeros, fotocopia legalizada del Certificado de Reconocimiento de Título Profesional).
2. Cédula Nacional de Identidad o R.U.N. provisorio en caso de Extranjeros (escaneado en buena calidad).
Nota: En caso de notificar finalización de Dirección Técnica, no será necesaria la firma del Representante Legal del Establecimiento en el presente Formulario.

INGRESO EN LIBRO DE REGISTRO OFICIAL DE INSPECCIÓN
La información proporcionada en el presente formulario debe ser registrada en el Libro de Registro Oficial de Inspección, de acuerdo al Art. 19, letra c, del D.S. 466/84 que aprueba el Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados.

- EL FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE Y ADJUNTAR TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA SU RECEPCIÓN CONFORME.

“DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA”

FIRMA PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL		FIRMA DIRECTOR TÉCNICO	
NOMBRE		NOMBRE	
R.U.N.		R.U.N.	