
 <p>SEREMI Región de Ñuble</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCIÓN SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS</p>	<p>SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:</p>	
		<p>ALMACEN FARMACEUTICO</p>	<p>Página 1 de 3</p>

ARTICULO 6°: En aquellas comunas en que no exista farmacia podrá autorizarse la instalación de almacenes farmacéuticos. Por excepción podrá autorizarse la instalación de dichos establecimientos en los sectores de las comunas, en las que, existiendo farmacia, se verifiquen impedimentos geográficos o de transporte, que dificulten el acceso de los usuarios a ellas. **(D.S. N° 466, que aprueba el Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados).**

1) ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO:

1.1	INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	
	Nombre de Fantasía	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
1.2	IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO	
	Nombre o Razón Social	
	R.U.T.	
	Domicilio	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
1.3	IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL (SI CORRESPONDE)	
	Nombre completo	
	R.U.N.	
	Domicilio	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
1.4	IDENTIFICACION DEL DIRECTOR TÉCNICO	
	Nombre completo del Práctico de Farmacia	
	Nº Cédula de Identidad	
	Nº de Resolución, fecha y SEREMI o Servicio de Salud que autorizó su ejercicio	
	Domicilio	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	

 <p>SEREMI Región de Ñuble</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCIÓN SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS</p>	<p>SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:</p>	
		<p>ALMACEN FARMACEUTICO</p>	<p>Página 2 de 3</p>

2) DOCUMENTOS REQUERIDOS		SI	NO
2.1	Carta de solicitud de Autorización sanitaria para Almacén Farmacéutico suscrita por el propietario o Representante Legal, dirigida a SEREMI de Salud de Ñuble, Dra. Marta Bravo Salinas.		
2.2	Si el propietario es persona natural, adjuntar fotocopia de su Cédula de Identidad		
2.3	Si el propietario es persona jurídica, adjuntar lo siguiente:		
	Fotocopia del RUT de la sociedad		
	Escritura de constitución de sociedad		
	Inscripción en Registro Comercial		
	Publicación en el Diario Oficial		
	Certificado de vigencia de la sociedad, si la escritura tiene más de un año.		
	Fotocopia Cédula de Identidad del Representante Legal de la Sociedad		
2.4	Copia de la Iniciación de Actividades ante el Servicio de Impuestos Internos.		
2.5	Declaración de Capital Inicial.		
2.6	Acreditar el derecho a uso del inmueble: contrato de arrendamiento, inscripción del dominio, escritura de la propiedad, comodato u otro.		
2.7	Certificado de Número Municipal		
2.8	Certificado de destino de acuerdo al giro que ejerce en la propiedad, otorgado por la Dirección de Obras Municipales o Certificado de Recepción Municipal definitiva, si se trata de edificaciones nuevas.		
2.9	Certificado de Instalaciones de agua potable y aguas servidas.		
2.10	Certificados de instalaciones eléctricas (TE1) y de gas (TC6) emitido por la Superintendencia de Electricidad y Combustibles (S.E.C.) (Art. 39 de D.S. N° 594/99)		
2.11	Plano o croquis médico-arquitectónico de la planta física, a escala 1:50, con distribución funcional de sus dependencias.		
2.12	Carta de aceptación de cargo del Práctico de Farmacia que asumirá la Dirección Técnica, indicando su horario de permanencia en el establecimiento. Adjuntar lo siguiente: Fotocopia Legalizada ante Notario de la Resolución que lo autoriza a ejercer, fotocopia de Cédula de Identidad.		
2.13	Nómina del personal, que labora en el establecimiento, indicando horario de cada uno, adjuntando lo siguiente: sus respectivos Certificados de Títulos legalizados ante notario o Certificados de Inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud, copias de Cédulas de Identidad, Certificados de Especialidades, si las tuvieran.		
2.14	Plan de Evacuación y Emergencias, respaldado por Experto en Prevención de Riesgos u organización reconocida en el tema. Adjuntar Copia de Cédula de Identidad y Certificado o Carnet de Experto en Prevención de Riesgos del Responsable del Plan de Evacuación.		
CONTINGENCIA COVID19			
2.15	Protocolo de limpieza y desinfección de ambientes ante Contingencia Covid19		
2.16	Protocolo de atención de usuarios en contexto Pandemia Covid19 (aforo, uso de mascarilla, etc.)		
2.17	Protocolo de actuación en caso de sospecha y/o confirmación de Covid19 en el personal.		
2.18	Protocolo de ingreso y salida del personal ante Contingencia Covid19		


- Esta SEREMI de Salud se reserva el derecho de solicitar nuevos antecedentes que no estén indicados en este instructivo por alguna modificación de la normativa vigente o por algún caso en particular.

IMPORTANTE:

El establecimiento debe cumplir con lo dispuesto en el D.S. N° 50 DE 2016, MINVU, que modifica DS N°47, que actualiza sus normas, según las disposiciones de la Ley N°20.422, sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

Una vez reunidos la **totalidad de los antecedentes**, deberán depositarlos en un Buzón dispuesto para ello, ubicado en calle Arauco N° 405 de Chillán, para ser ingresados por Oficina de Partes de esta SEREMI de Salud. Para el resguardo de la documentación, se solicita ingresarlos en un sobre o carpeta.

La Autoridad Sanitaria tiene plazo legal de 30 días hábiles para pronunciarse respecto de una solicitud de autorización, contados desde la recepción conforme de la totalidad de los antecedentes exigidos para ello, conforme al Artículo 7° del Código Sanitario.

 SEREMI Región de Ñuble Ministerio de Salud	SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCIÓN SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIAS	SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:	
		ALMACEN FARMACEUTICO	Página 3 de 3

Se considera ingresado a trámite un anteproyecto o proyecto, cuando se encuentran en la Unidad de Profesionales Médicas y Farmacias de esta SEREMI de Salud la totalidad de los documentos requeridos para el trámite solicitado. Luego la documentación es estudiada y revisada por nuestros profesionales quienes efectuarán las observaciones correspondientes, solicitándose mayores antecedentes si así se estima necesario. En caso de haber observaciones, éstas deben ser subsanadas por el Interesado en un plazo de hasta 15 días hábiles, de no ser así, se procederá a la devolución de la totalidad de los antecedentes ingresados al Solicitante.

Para dar continuidad al trámite, y una vez que se logra verificar que hayan sido superadas las falencias encontradas, si es que las hubiera, esta Autoridad Sanitaria verificará en terreno el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos para su eventual aprobación y autorización de funcionamiento.

Previo a la visita de Formalización se deberán cancelar los aranceles correspondientes, cuyos Comprobantes para Pago, con el detalle del Arancel a cancelar, serán emitidos por la Unidad de Profesionales Médicas y Farmacias de esta SEREMI de Salud.

ARANCELES AÑO 2021:

CODIGO	ITEM	VALOR
4.2.1	Autorización de instalación	114.700
4.2.2	Autorización de funcionamiento:	201.200
	más 0,5% del capital inicial declarado	

BENEFICIO PYME: El arancel total a cobrar por cada trámite para aquellas empresas que, de acuerdo a lo establecido en el artículo segundo de la ley N° 20.416, acrediten ser microempresas, pequeñas o medianas empresas será de **\$1.000.-** En cuyo caso el Interesado debe acreditar su condición de tal, presentando la documentación correspondiente.

Para mayor información:

UNIDAD DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIAS Bulnes N° 620, 4to piso, Of. 409, CHILLAN		JEFATURA CORREO TELÉFONO	Q.F. PAOLA BLASCO DÁVILA paola.blasco@redsalud.gov.cl 42 2585280 / Red Minsal: 425280
FISCALIZADOR CORREO TELÉFONO	Q.F. PABLO CHODIL SOLSONA pablo.chodil@redsalud.gov.cl 42 2585277 / Red Minsal: 425277	FISCALIZADORA CORREO TELEFONO	Enf. MAGDALENA CAMPOS MATUS magdalena.campos@redsalud.gov.cl 42 2585298 / Red Minsal: 425298
FISCALIZADORA CORREO TELEFONO	Nut. DENISSE MUÑOZ HERNANDEZ denisse.munozh@redsalud.gov.cl 42 2585288 / Red Minsal: 425288	ADMINISTRATIVA CORREO TELÉFONO	ROXANA REYES FERNÁNDEZ roxanai.reyes@redsalud.gov.cl 42 2585288 / Red Minsal: 425288

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas en la legislación vigente, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento 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.

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO