
PROPUESTA DE FORMULARIO ELECTRÓNICO PARA NOTIFICACIÓN DE ASUME/CESE FUNCIONES DE DIRECCIÓN TÉCNICA DE FARMACIA

- FICHA

Nombre del trámite:	NOTIFICACIÓN DE ASUME/CESE FUNCIONES DE DIRECCIÓN TÉCNICA DE FARMACIA
Descripción:	<p>Las farmacias funcionan bajo la dirección técnica de un profesional químico farmacéutico o farmacéutico, el cual puede ser reemplazado temporal o definitivamente en sus funciones por otra persona con igual título profesional.</p> <p>En este contexto, los químicos farmacéuticos o farmacéuticos que deseen asumir la dirección técnica de una farmacia, deben presentar a la autoridad sanitaria correspondiente una declaración donde se deja constancia que asume o deja la dirección técnica de una farmacia, además de señalar su identidad, domicilio particular y acreditar su calidad profesional.</p> <p>Este formulario corresponde a una notificación en línea a través del sistema MIDAS, por parte de los usuarios, dejando constancia que se asume o se deja de cumplir la función de director técnico de una farmacia.</p>
Usuarios:	<ul style="list-style-type: none">Químicos Farmacéuticos directores técnicos de farmacias privadas.Químicos Farmacéuticos directores técnicos de farmacias municipales.Químicos Farmacéuticos de farmacias asistenciales.
Documentos requeridos:	No aplica
Validaciones:	No aplica
Marco legal:	D.S. N° 466/84

- **FORMULARIO ELECTRÓNICO**

1. **ACCESO A LA PLATAFORMA**

El ingreso al sistema se realizará vía Clave Única, que corresponde a una contraseña única para acceder a todos los servicios del Estado. Esta clave se activa en el sitio web claveunica.gob.cl, mediante un código de activación solicitado presencialmente en las oficinas del Registro Civil o IPS/Chile Atiende.

2. **INFORMACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN A REALIZAR**

Listar las siguientes dos opciones para selección, no siendo excluyentes, o sea puede seleccionar ambas opciones.

<input type="checkbox"/>	Asume funciones de Dirección Técnica
<input type="checkbox"/>	Cese de funciones de Dirección Técnica

Según la opción seleccionada desplegar lo siguiente, podrían seleccionarse ambas opciones ya que un Químico Farmacéutico podría dejar una Dirección Técnica y asumir otra en un mismo formulario:

- Para la selección de "**ASUME funciones de Dirección Técnica**"

	ASUME FUNCIONES
<input type="checkbox"/>	Asume Dirección Técnica
<input type="checkbox"/>	Asume Dirección Técnica Reemplazante

	FECHAS	DESDE	HASTA
<input type="checkbox"/>	Asume temporalmente		
<input type="checkbox"/>	Asume definitivamente		

	MOTIVO
<input type="checkbox"/>	Traslado de local
<input type="checkbox"/>	Reemplazo feriado legal
<input type="checkbox"/>	Reemplazo licencia médica
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar): <u>campo alfanumérico</u> _____.

	INDICAR HORARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL	DESDE	HASTA
<input type="checkbox"/>	Lunes	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/>	Martes	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/>	Miércoles	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00

<input type="checkbox"/>	Jueves	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/>	Viernes	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/>	Sábados	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/>	Domingos	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/>	Festivos	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00

▪ Para la selección de "CESE de funciones de Dirección Técnica"

<input type="checkbox"/>	Informa cese de funciones de Dirección Técnica
<input type="checkbox"/>	Informa cese de funciones de Dirección Técnica Reemplazante

	FECHAS	DESDE	HASTA
<input type="checkbox"/>	Cese temporal de funciones		
<input type="checkbox"/>	Cese definitivo de funciones		

	MOTIVO DEL CESE DE FUNCIÓN:
<input type="checkbox"/>	Feriado legal
<input type="checkbox"/>	Licencia Médica
<input type="checkbox"/>	Renuncia
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar): <u>campo alfanumérico</u> _____.

3. ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO

Según opción seleccionada de asume/cese, si seleccionó ASUME debería desplegarse las siguientes secciones del formulario con la individualización del establecimiento donde asume funciones.

INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO					
Código Farmanet del local *	Campo alfanumérico *				
Nombre de fantasía:	Campo alfanumérico				
Número de local:	Campo alfanumérico				
Razón social:	Campo alfanumérico				
RUT:	Campo alfanumérico				
Dirección:	Campo alfanumérico				
Región:	Lista desplegable con las 16 regiones, al seleccionar la región se completa automáticamente la autoridad sanitaria correspondiente a la región: <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>REGIÓN</th> <th>AUTORIDAD SANITARIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arica y Parinacota</td> <td>SEREMI de Salud Arica y Parinacota</td> </tr> </tbody> </table>	REGIÓN	AUTORIDAD SANITARIA	Arica y Parinacota	SEREMI de Salud Arica y Parinacota
REGIÓN	AUTORIDAD SANITARIA				
Arica y Parinacota	SEREMI de Salud Arica y Parinacota				

	Tarapacá	SEREMI de Salud Tarapacá
	Antofagasta	SEREMI de Salud Antofagasta
	Atacama	SEREMI de Salud Atacama
	Coquimbo	SEREMI de Salud Coquimbo
	Valparaíso	SEREMI de Salud Valparaíso
	Metropolitana	Instituto de Salud Pública
	O'Higgins	SEREMI de Salud O'Higgins
	Maule	SEREMI de Salud Maule
	Ñuble	SEREMI de Salud Ñuble
	Biobío	SEREMI de Salud Biobío
	Araucanía	SEREMI de Salud Araucanía
	Los Ríos	SEREMI de Salud de Los Ríos
	Los Lagos	SEREMI de Salud de Los Lagos
	Aysén	SEREMI de Salud Aysén
	Magallanes	SEREMI de Salud Magallanes
Comuna:	Desplegar para selección: <input type="text" value="Según región seleccionada arriba"/>	
Teléfono de contacto:	Campo numérico	
Correo electrónico:	Campo alfanumérico	

* Se solicita la creación de un buscador de código Farmanet, amigable para el usuario de modo que pueda seleccionar el establecimiento ya creado por el referente regional.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
<input type="checkbox"/>	Farmacia Comunitaria Alopática
<input type="checkbox"/>	Farmacia Comunitaria Homeopática
<input type="checkbox"/>	Farmacia Móvil
<input type="checkbox"/>	Farmacia Municipal
<input type="checkbox"/>	Farmacia Asistencial
<input type="checkbox"/>	Recetario magistral

SI ☐ NO ☐

INDICAR HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA	DESDE	HASTA
<input type="checkbox"/> Lunes	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/> Martes	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/> Miércoles	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/> Jueves	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/> Viernes	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/> Sábados	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/> Domingos	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00
<input type="checkbox"/> Festivos	Formato hora 00:00	Formato hora 00:00

Según opción seleccionada de asume/cese, si seleccionó CESE debería desplegarse la misma sección de individualización del establecimiento pero con los campos prellenados, ya que debería ser información que se llenó al

momento del ASUME. (En un principio los campos deberán ser llenados por el usuario ya que no se encuentra actualizada la base de datos de DT)

INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO																																			
Código Farmanet del local *	Campo alfanumérico *																																		
Nombre de fantasía:	Campo alfanumérico																																		
Número de local:	Campo alfanumérico																																		
Razón social:	Campo alfanumérico																																		
RUT:	Campo alfanumérico																																		
Dirección:	Campo alfanumérico																																		
Región:	<p>Lista desplegable con las 16 regiones, al seleccionar la región se completa automáticamente la autoridad sanitaria correspondiente a la región:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>REGIÓN</th> <th>AUTORIDAD SANITARIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Arica y Parinacota</td><td>SEREMI de Salud Arica y Parinacota</td></tr> <tr><td>Tarapacá</td><td>SEREMI de Salud Tarapacá</td></tr> <tr><td>Antofagasta</td><td>SEREMI de Salud Antofagasta</td></tr> <tr><td>Atacama</td><td>SEREMI de Salud Atacama</td></tr> <tr><td>Coquimbo</td><td>SEREMI de Salud Coquimbo</td></tr> <tr><td>Valparaíso</td><td>SEREMI de Salud Valparaíso</td></tr> <tr><td>Metropolitana</td><td>Instituto de Salud Pública</td></tr> <tr><td>O'Higgins</td><td>SEREMI de Salud O'Higgins</td></tr> <tr><td>Maule</td><td>SEREMI de Salud Maule</td></tr> <tr><td>Ñuble</td><td>SEREMI de Salud Ñuble</td></tr> <tr><td>Bíobío</td><td>SEREMI de Salud Biobío</td></tr> <tr><td>Araucanía</td><td>SEREMI de Salud Araucanía</td></tr> <tr><td>Los Ríos</td><td>SEREMI de Salud de Los Ríos</td></tr> <tr><td>Los Lagos</td><td>SEREMI de Salud de Los Lagos</td></tr> <tr><td>Aysén</td><td>SEREMI de Salud Aysén</td></tr> <tr><td>Magallanes</td><td>SEREMI de Salud Magallanes</td></tr> </tbody> </table>	REGIÓN	AUTORIDAD SANITARIA	Arica y Parinacota	SEREMI de Salud Arica y Parinacota	Tarapacá	SEREMI de Salud Tarapacá	Antofagasta	SEREMI de Salud Antofagasta	Atacama	SEREMI de Salud Atacama	Coquimbo	SEREMI de Salud Coquimbo	Valparaíso	SEREMI de Salud Valparaíso	Metropolitana	Instituto de Salud Pública	O'Higgins	SEREMI de Salud O'Higgins	Maule	SEREMI de Salud Maule	Ñuble	SEREMI de Salud Ñuble	Bíobío	SEREMI de Salud Biobío	Araucanía	SEREMI de Salud Araucanía	Los Ríos	SEREMI de Salud de Los Ríos	Los Lagos	SEREMI de Salud de Los Lagos	Aysén	SEREMI de Salud Aysén	Magallanes	SEREMI de Salud Magallanes
REGIÓN	AUTORIDAD SANITARIA																																		
Arica y Parinacota	SEREMI de Salud Arica y Parinacota																																		
Tarapacá	SEREMI de Salud Tarapacá																																		
Antofagasta	SEREMI de Salud Antofagasta																																		
Atacama	SEREMI de Salud Atacama																																		
Coquimbo	SEREMI de Salud Coquimbo																																		
Valparaíso	SEREMI de Salud Valparaíso																																		
Metropolitana	Instituto de Salud Pública																																		
O'Higgins	SEREMI de Salud O'Higgins																																		
Maule	SEREMI de Salud Maule																																		
Ñuble	SEREMI de Salud Ñuble																																		
Bíobío	SEREMI de Salud Biobío																																		
Araucanía	SEREMI de Salud Araucanía																																		
Los Ríos	SEREMI de Salud de Los Ríos																																		
Los Lagos	SEREMI de Salud de Los Lagos																																		
Aysén	SEREMI de Salud Aysén																																		
Magallanes	SEREMI de Salud Magallanes																																		
Comuna:	<p>Desplegar para selección:</p> <div>Según región seleccionada arriba</div>																																		
Teléfono de contacto:	Campo numérico																																		
Correo electrónico:	Campo alfanumérico																																		

* Se solicita la creación de un buscador de código Farmanet, amigable para el usuario de modo que pueda seleccionar el establecimiento ya creado por el referente regional.

4. ANTECEDENTES RESPECTO A PRODUCTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS

Según opción seleccionada de asume/cese, si seleccionó ASUME debería desplegarse la siguiente sección:

Asumo los saldos y registros de productos Estupefacientes y Psicotrópicos	
<input type="checkbox"/>	Conforme
<input type="checkbox"/>	Disconforme
<input type="checkbox"/>	No existe saldo de medicamentos sujetos a control legal

Según opción seleccionada de asume/cese, si seleccionó CESE debería desplegarse la siguiente sección:

	Dejo los saldos y registros de productos Estupefacientes y Psicotrópicos
<input type="checkbox"/>	Conforme
<input type="checkbox"/>	Disconforme
<input type="checkbox"/>	No existe saldo de medicamentos sujetos a control legal

5. **INGRESO EN LIBRO DE RECETAS**

Declaro que la información proporcionada en el presente formulario fue registrada en el Libro de Recetas, de acuerdo al Art. 19° Letra c, del D.S. N° 466/84 "Aprueba Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados"

☐ SI ☐ NO

6. **OBSERVACIONES**

Campo alfanumérico largo.

7. **FIN DE LA DECLARACIÓN**

Mediante el presente acto hago constar que toda la información declarada en la presente solicitud, así como los antecedentes que la acompañan, son auténticos, fidedignos y veraces; en el mismo, otorgo autorización al Ministerio de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y al Instituto de Salud Pública de Chile, a realizar las verificaciones que estimen necesarias.

ACEPTAR

VOLVER

NOTA: Luego de ser aceptado por el usuario debe pasar a visación del Encargado de Cadena, cuando corresponda y posteriormente a autorización del Encargado Regional.

Se debe definir los requisitos del Encargado de Cadenas, no obstante, éste debe asociado y administrado por el Representante Legal de la(s) farmacia(s).

8. DIAGRAMA DE FLUJO

