

**SISTEMA ELECTRÓNICO
IMPORTACIÓN PROVISIONAL Y CLASIFICACIÓN DE MERCANCIAS
SUBDEPARTAMENTO CONTROL COMERCIO EXTERIOR,
ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS (SIPRO)**



**INSTRUCTIVO DIRIGIDO AL USUARIO PARA
IMPORTACIÓN DE USO PERSONAL:
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

Solicitud de Productos Farmacéuticos



Seleccionar esta opción para completar solicitud de importación de producto farmacéutico

Solicitud de Productos Farmacéuticos

- Tener presente que en la importación de uso personal de productos farmacéuticos, podrían existir dos situaciones

- Para persona natural, el titular de la cuenta corresponde a:

Solicitante = Importador = Paciente

- Para mandatario, el titular de la cuenta corresponde a:

Solicitante = Importador ≠ Paciente

Esta situación requiere poder simple firmado por paciente, más copia de cédula de identidad del firmante.

Si el paciente es menor de edad, debe adjuntar poder firmado por uno de los padres (o tutor legal) más certificado de nacimiento que establezca relación consanguínea.

Si el paciente se encuentra inhabilitado para firmar, debe adjuntar poder firmado por familiar directo más certificado que establezca relación consanguínea.

La documentación adjunta es verificada para evaluar la declaración.

Solicitud de Productos Farmacéuticos

Productos Farmacéuticos

Al Director del Instituto de Salud Pública.

Solicito, de acuerdo a las disposiciones de la Ley N°18.164; el Decreto Supremo N°3/2010 y la Ley N° 20.724, el Certificado de Destinación Aduanera para trasladar los Productos Farmacéuticos que se detallan en el anexo adjunto, los que no cuentan con registro sanitario previo y son importados para uso individual del paciente especificado en el presente documento.

Doy fé que toda la información entregada en la presente solicitud, es fidedigna.

Declaración Jurada: en el formulario se establecen los términos y condiciones legales en los cuales se suscribe la solicitud de Importación Provisional.

Seleccionar empresa o courier con licencia para despachar

Seleccionar aduana por donde ingresa la mercancía al país

Indicar persona natural o jurídica que realiza la importación

Datos Generales (*) Todos los datos son obligatorios

Despachador

Seleccione

Aduana Ingreso

Seleccione

Importador

Tipo Identificación Importador

RUT / Pasaporte

Indicar Número de identificación actualizado y vigente

Indicar tipo de identificación del importador

Dirección

Provincia

Seleccione

Seleccionar provincia en la que se suscribe la dirección del importador

Comuna

Seleccione

Teléfono

Lugar de destino/Dirección

Indicar dirección del importador

Indicar lugar donde serán destinados los medicamentos importados

Indicar teléfono de contacto del importador

Seleccionar comuna en la que se suscribe la dirección del importador

Solicitud de Productos Farmacéuticos

Completar con el número de documento de transporte asociado a la importación

Indicar número de documento comercial que avala la adquisición de los productos (factura, boleta u orden de compra)

Seleccionar una opción

Información de Documentos (*) Todos los datos son obligatorios

Documento de Trans. N°

Cupón Postal

Vuelo

Comprobante de Retención

Número de Documento

N° Factura o boleta

Valor facturado

Tipo de moneda

Seleccione

Declarar valor total de los productos descritos en la factura. Estimar valor del producto en caso de no tener esta información

Seleccionar unidad monetaria del valor facturado: dólar, euro o peso chileno. Si su moneda es otra, realizar conversión a una de estas monedas

Solicitud de Productos Farmacéuticos

Indicar quién realiza la solicitud ante el Instituto de Salud Pública. Puede ser el paciente o su mandatario

Indicar nombre del solicitante

Indicar RUT del solicitante

Información del solicitante (*) Todos los datos son obligatorios

Paciente

Mandatario

Nombre solicitante

RUT Solicitante

Teléfono

Correo electrónico

Indicar teléfono de contacto del solicitante

Indicar correo electrónico del solicitante

Indicar número de cédula de identidad del profesional

Seleccionar comuna en la que se suscribe la dirección señalada

Indicar dirección del lugar en el que el profesional extiende la receta médica

Seleccionar una especialidad

Información Profesional Prescriptor (*) Datos obligatorios

Médico Matrona Dentista

(*) RUT Profesional

(*) Dirección

(*) Comuna

(*) Fecha de receta

(*) Necesidad Del Tratamiento

(*) Nombre paciente

(*) Producto Disponible en Chile SI NO

(*) Nombre del profesional

(*) Provincia

Correo Electrónico

(*) Duración del tratamiento

En el campo: "Necesidad del tratamiento", ingrese la primera letra de la enfermedad (OMS) y seleccione de la lista.

(*) RUT/Pasaporte Paciente

Se precarga información del profesional prescriptor

Seleccionar provincia en la que se suscribe la dirección señalada

Indicar correo electrónico del profesional prescriptor

Indicar tiempo del tratamiento indicado en la receta, expresado en días, semanas o meses

Indicar RUT del paciente

Indicar fecha en la que se extendió el documento

Indicar persona para la que se prescribió el medicamento

Indicar patología asociada al diagnóstico

Indicar disponibilidad en Chile del producto importado

Solicitud de Productos Farmacéuticos

En esta sección se señala el tipo de producto a importar

Indicar nombre comercial, forma farmacéutica del producto a importar

Indicar cantidad de producto importado, en función de su unidad de medida

Seleccionar nombre del componente del producto importado. Si no encuentra nombre, seleccionar «Otro» y especificar

Producto Farmacéutico

Producto(s) a declarar (*) **Debe ingresar todos los productos farmacéuticos presentes en la factura**

Nombre

Nombre Genérico

Seleccione

Cantidad

Unidad de Medida

Seleccione

Presentación

Seleccione

Ingresar

Seleccionar contenido por envase del producto importado. Si no encuentra presentación, seleccionar «Otro» y especificar

Ingresar todos los productos presentes en factura. **No olvidar seleccionar este botón**

Seleccionar la unidad en la que se expresa la cantidad declarada

Solicitud de Productos Farmacéuticos

Observaciones (*) Todos los datos son obligatorios

Observaciones

Indicar alguna situación que considere que deba conocer el profesional evaluador para mejor resolver (por ejemplo, si el producto ingresa al país como parte del equipaje)

Solicitud de Productos Farmacéuticos

Documentos Adjuntos (*) datos obligatorios

Nota: Los archivos adjuntos deben ser de un máximo de 5 MB.

(*) Factura/Boleta

+ Añadir Archivo
Elegir archivos Ningún archivo seleccionado

Adjuntar factura/boleta/orden de compra que acredite la adquisición del producto a importar

(*) Documento Transporte

+ Añadir Archivo
Elegir archivos Ningún archivo seleccionado

Adjuntar documento que avale la ruta de transporte del producto a importar

(*) Fotocopia Cédula Identidad/
Pasaporte/Poder

+ Añadir Archivo
Elegir archivos Ningún archivo seleccionado

Adjuntar fotocopia de la cédula de identidad o pasaporte original. Si el **mandatario** es quien realiza la solicitud, debe adjuntar además una carta poder

(*) Receta Médica

+ Añadir Archivo
Elegir archivos Ningún archivo seleccionado

Adjuntar receta médica digitalizada que justifica la importación del producto a importar. **Receta médica debe indicar claramente necesidad terapéutica y duración del tratamiento.**

En esta sección se listan los documentos que debe adjuntar el usuario al momento de presentar su solicitud

Solicitud de Productos Farmacéuticos

IMPORTANTE:

- 1.- Declaro bajo juramento que los datos suministrados en el presente formulario así como los antecedentes acompañados, son verdaderos e íntegros.
- 2.- Formúlo la presente declaración en conocimiento de lo dispuesto en el artículo 210 del Código Penal, que dispone: "**El que ante la autoridad o sus agentes perjuraré o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá penas de presidio menor en sus grados mínimos a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales**".


Guardar

Seleccionar «Guardar» al terminar de ingresar los datos de la solicitud

Esta declaración señala la veracidad de los datos ingresados en la solicitud, así como la declaración de conocimiento de las sanciones de acuerdo al Código Penal en caso de declarar información falsa

Solicitud de Productos Farmacéuticos

Últimos Trámites

Nº Referencia	Tipo Solicitud	Fecha Ingreso	Aprobación Transferencia	Estado/Acción
UPFe892/16	Producto Farmaceutico	11-07-2016 8:57:52	 Pendiente	Generar Comprobante de pago

Seleccionar
«Generar
Comprobante de
Pago»

Solicitud de Productos Farmacéuticos

Observaciones

Observaciones

Asignar Metodo de Pago

Generar Comprobante

Seleccionar «Generar Comprobante». Este paso es fundamental para que la solicitud ingrese a la validación de pago por parte del Instituto de Salud Pública, de lo contrario solicitud no ingresará al sistema.

Solicitud de Productos Farmacéuticos



The screenshot shows a web interface for the Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. A modal dialog box titled "Comprobante de pago" is displayed in the center. The dialog contains the following text: "Se generó el comprobante de pago con el siguiente código: BoletaUP636038299988730342. **Nota: Si la descarga no se realiza de forma automática, habilite las ventanas emergentes en su navegador.**" At the bottom right of the dialog is a blue "OK" button. Below the dialog, a banner reads "NO COMPRES MEDICAMENTOS EN PÁGINAS WEB, PONES EN PELIGRO TU VIDA" and "Consulta cuáles son los medicamentos autorizados en Chile en: **Registro Sanitario**".

Seleccionar «OK». **Habilitar ventanas emergentes en su navegador para que se descargue automáticamente Comprobante de Pago**