

SUBDEPARTAMENTO PROFESIONES MÉDICAS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LABORATORIO DENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **1. Tipo de solicitud** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| a) Instalación | | | | | | |  | | b) Funcionamiento | | | | | |  | |  | |  | | | |
| c) Modificación. Especificar | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |
| d) Traslado | | | desde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| hacia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **2. Identificación del Establecimiento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Nombre de Fantasía | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Dirección (calle, Nº, local, departamento, villa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | Comuna | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
| Teléfono fijo | | | | | | | | | | | | | Teléfono móvil | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **3. Propietario del Establecimiento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Nombre o Razón Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | RUT | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
| Domicilio legal (calle, Nº, local) | | | | | | | | | | | | | | | | | | Comuna | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
| Teléfono fijo | | | | | | | | | | | | | Teléfono móvil | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **4.Representante Legal del Establecimiento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | RUN | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
| Domicilio legal (calle, Nº, local) | | | | | | | | | | | | | | | | | | Comuna | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
| Teléfono fijo | | | | | | | | | | | | | Teléfono móvil | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **5. Director Técnico del Establecimiento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | RUN | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
| Profesión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Domicilio (calle, Nº, Depto.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | Comuna | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
| Teléfono fijo | | | | | | | | | | | | | Teléfono móvil | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Horario de trabajo (indicar días de trabajo y horario de la jornada) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **DECLARACIÓN DEL CAPITAL PROPIO INVERTIDO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| DECLARO QUE MI CAPITAL PROPIO SE COMPONE DE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 1. Capital de trabajo de la Empresa (Dinero, Materias primas, Mercadería, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | |  |  |
| 2. Equipos, Maquinarias, Muebles e Instalaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | |  |  |
| TOTAL CAPITAL ( suma punto 1 y 2 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | |  |  |
| Adjunta Resolución de exención de pago | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI |  | | NO |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |  |
| **Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidos en la legislación vigente relativos a la autorización sanitaria y funcionamiento de los laboratorios dentales.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **NOMBRE(S) Y FIRMA(S) REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **Nota: Posteriormente a su recepción, los antecedentes serán sometidos a una revisión exhaustiva por lo que podría requerirse la presentación de nuevos antecedentes o complementación de los ya presentados** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA SOLICITUD** | | | | | |  |  |
| **DOCUMENTO** | | | | VºBº ATENCUÓN USUARIOS | VºBº FORMALIZACIÓN |  |  |
| i | Documentos que acrediten la propiedad del inmueble o los derechos a utilizarlo (contrato de arriendo, comodato, cesión de derecho u otro). | | |  |  |  |  |
| ii | Escritura pública de Constitución de Sociedad, completa (Protocolización del Extracto y Publicación en el Diario Oficial, Fotocopia del RUT de la empresa). | | |  |  |  |  |
| Si se trata de sociedad anónima, debe adjuntar la sesión de directorio que designa al representante legal  Fotocopia simple de la cedula de identidad del representante legal. | | |  |  |  |  |
| iii | Plano de arquitectura en escala 1:50 o croquis del inmueble, que indique la distribución funcional de las dependencias. | | |  |  |  |  |
| iv | Copia de los planos o certificados de las instalaciones de electricidad, gas y agua potable visados por las autoridades competentes: certificados TE1 (electricidad) y TC3 y/o TC6 (gas) de la Superintendencia de Electricidad y Combustibles (SEC) y certificado de conexiones de agua existentes emitido por la empresa sanitaria. | | |  |  |  |  |
| v | Carta del Director Técnico del establecimiento, asumiendo como tal, indicando su horario de trabajo adjuntar título en original o fotocopia legalizada o certificado de inscripción en el registro de la Superintendencia de Salud. | | |  |  |  |  |
| vi | Aceptación escrita de quien reemplace o subrogue ausencias del Director Técnico del establecimiento, indicando horario de trabajo en el laboratorio. Adjuntar título en original o fotocopia legalizada o certificado de inscripción en el registro de la Superintendencia de Salud. | | |  |  |  |  |
| vii | Listado de dotación del personal con sus respectivos RUN, certificación de su calidad profesional y horario de trabajo que desempeñarán | | |  |  |  |  |
| viii | Listado de prestaciones o procedimientos que se efectuarán en el establecimiento. | | |  |  |  |  |
| ix | Convenios con terceros si algún servicio será externalizado | | |  |  |  |  |
| x | Listado de equipos con que contará el establecimiento (de acuerdo al ejemplo de esquema que se indica más adelante). | | |  |  |  |  |
| xi | Listado de dependencias con que contará el establecimiento. Las áreas señaladas deben estar consideradas en el croquis o plano presentado. | | |  |  |  |  |
| xii | Comprobante de pago del arancel correspondiente o Resolución de exención de pago (establecimientos públicos) | | |  |  |  |  |
| **EJEMPLO DE ESQUEMA PARA PRESENTAR LA NOMINA DEL PERSONAL** | | | | | |  |  |
| 1. | Nombre |  | | | |  |  |
| Profesión |  | | | |  |  |
| RUN |  | | | |  |  |
| Días de trabajo |  | | | |  |  |
| Horario de trabajo |  | | | |  |  |
| **EJEMPLO DE ESQUEMA PARA PRESENTAR EL EQUIPAMIENTO Y EL INSTRUMENTAL** | | | | | |  |  |
| 2. | Equipo | |  | | |  |  |
| Marca | |  | | |  |  |
| Modelo | |  | | |  |  |
| Función | |  | | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMULARIO** | |  |  |
| Para facilitar el proceso de autorización sanitaria que usted requiere, es necesario que llene el presente formulario en todos sus ítems y que adjunte toda la documentación requerida. | |  |  |
| La documentación puede presentarse en original o fotocopia legalizada ante notario. Esta documentación no será devuelta | |  |  |
| Puede acompañar fotocopia simple de los documentos originales o de fotocopias notariales y exhibir los originales para que sean contrastados y validados por un funcionario de esta Secretaría. En este caso, los documentos originales serán devueltos inmediatamente. | |  |  |
|  | 1. Identifique el **tipo de solicitud** que está presentando: |  |  |
| a) **Instalación**: corresponde a la autorización de la planta física del laboratorio. Puede solicitar simultáneamente la autorización de funcionamiento |  |  |
| b) **Funcionamiento**: para otorgar esta autorización es necesario presentar el personal que se desempeñará en el laboratorio. |  |  |
| c) **Modificación**. Especifique si corresponde a ampliación o disminución de la planta física; reubicación dentro del mismo establecimiento de una o más unidades; ampliación o disminución de campos de acción |  |  |
| d) **Traslado**: corresponde al cambio de dirección del establecimiento desde la ubicación donde se autorizó hacia la nueva ubicación. |  |  |
| **2. Identificación del Establecimiento:** |  |  |
|  | **Nombre de Fantasía:** Corresponde al nombre con que se da a conocer al público |  |  |
| **Dirección:** anotar la dirección completa del establecimiento e indicar la comuna |  |  |
| **3. Propietario**: corresponde al nombre si se trata de una persona natural y a la razón social si se trata de una persona jurídica. |  |  |
| **4. Representante Legal del Establecimiento** corresponde a la persona que representa legalmente a la empresa propietaria,. Esta sección del formulario no se debe llenar si el propietario es una persona natural. |  |  |
|  | **5. Director Técnico:** Identifique al profesional que ejercerá la **dirección técnica** del establecimiento |  |  |
|  |  |  |  |