

 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 legalFotocopia 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 |  |  |
|  |  |  |  |