SUBDEPARTAMENTO PROFESIONES MÉDICAS

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PABELLÓN DE CIRUGÍA MENOR

1. Tipo de solicitud					
a) Revisión de Planos/Proyecto		b) Instalación		c) Funcionamiento	
d) Modificación, especificar					
e) Traslado	desde				
	hacia				

2. Identificación del Establecimiento	
Nombre del establecimiento	
Dirección (calle, Nº, local)	Comuna
Teléfono fijo	Teléfono móvil
Correo electrónico/e-mail	

3. Propietario/Dueño del Establecimiento	
Nombre o Razón Social	R.U.N. o R.U.T.
Domicilio legal (calle, Nº, local)	Comuna
Teléfono fijo	Teléfono móvil
Correo electrónico/e-mail	

4.Representante(s) Legal(es) del Establecimiento	
Nombre(s)	R.U.N.
Domicilio legal (calle, Nº, local)	Comuna
Teléfono fijo	Teléfono móvil
Correo electrónico/e-mail	

5. Indique la especialidad y cantidad del o los pabellón(es) de cirugía menor (médico u odontológico)

6. Director Técnico del Establecimiento	
Nombre	R.U.N.
Profesión	
Domicilio legal (calle, Nº, local)	Comuna
Teléfono fijo	Teléfono móvil
Correo electrónico/e-mail	

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)	$

EXENCIÓN DE PAGO (solo establecimientos públicos)				
Adjunta solicitud de exención de pago	SI		NO	
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, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento anteriormente señalado.

El solicitante se compromete a dar lectura, previamente, al marco que regula la actividad, a la cual podrá acceder a través de www.minsal.cl

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 (puede ser original o fotocopia legalizada, si procede)			
DOCUMENTO		VºBº ATENCIÓN USUARIOS	VºBº FORMALIZACIÓN
i	Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos (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 , Registro de Comercio), y Fotocopia del R.U.T. de la empresa. Si se trata de Sociedad Anónima, debe adjuntar la sesión de directorio que designa al representante legal. Si el propietario es persona natural, debe presentar fotocopia del cané de identidad por ambos lados.		
iii	Plano de arquitectura en escala 1:50 o Croquis del edificio o inmueble, que indique la distribución funcional de las dependencias, (áreas limpia/sucia, baños para personal/público). La simbología empleada, debe ser descrita.		
iv	Copia de los planos o Certificados de las instalaciones de electricidad, de agua potable y de gas, visados por las autoridades competentes (S.E.C., Empresas Sanitarias según corresponda).		
v	Aceptación escrita del Director Técnico del establecimiento, adjuntar título en original o fotocopia legalizada, o o certificado de inscripción en el registro de la Superintendencia de Salud.		
vi	Listado de procedimientos o intervenciones que efectuará el establecimiento (por cada pabellón).		
vii	Convenios con terceros si algún servicio se contempla externalizar (Laboratorio, esterilización, Banco de sangre, eliminación de material cortopunzante, etc., este documento debe estar actualizado, firmado por ambas partes y debe referirse al establecimiento o instalación para la cual se solicita la autorización).		
viii	Nómina de Profesionales, Técnicos y/o Auxiliares de la salud que integrarán la dotación estable (de acuerdo al ejemplo de esquema que se indica más adelante), por cada pabellón.		
ix	Certificados de título, de especialidad, de competencia o certificado de inscripción en el registro de la Superintendencia de Salud, que acredite, profesión o actividad, de cada uno del personal señalado en la nómina.		
x	Listado de equipos e instrumental con que contará el establecimiento (de acuerdo al ejemplo de esquema que se indica más adelante). Para los equipos que requieren autorización de uso (Autoclaves, Equipos Rx, otros), adjunte la autorización otorgada por la SEREMI de Salud, así como también para los operadores de los mismos.		
xi	Listado de instalaciones o recintos con que contará el establecimiento. Estas áreas deben estar indicadas en el croquis o plano.		

EJEMPLO DE ESQUEMA PARA PRESENTAR LA NOMINA DEL PERSONAL		
1.	Nombre	
	Profesión	
	R.U.N.	
	Días de trabajo	
	Horario de trabajo	

EJEMPLO DE ESQUEMA PARA PRESENTAR EL EQUIPAMIENTO Y EL INSTRUMENTAL		
2.	Equipo	
	Marca	
	Modelo	
	Función	
	Autorización Sanitaria (N° y fecha)	

Comprobante de pago de arancel recibido conforme	

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 ítem 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) **Revisión de planos o proyecto**: corresponde a revisión previa de planos o del proyecto que se trate. Requiere la presentación del plano o croquis escala 1:50, con indicación clara de las unidades y áreas con que contará el establecimiento.
	b) **Instalación**: corresponde a la autorización de la planta física del establecimiento. Puede solicitar simultáneamente la autorización de funcionamiento.
	c) **Funcionamiento**: para otorgar esta autorización es necesario presentar el personal que se desmpeñará en el establecimiento.
	d) **Modificación**. Especifique la modificación solicitada y señale si corresponde a ampliación o disminución de campos de acción.
	e) **Traslado**: corresponde al cambio de dirección del establecimiento desde la ubicación donde se autorizó hacia la nueva ubicación.
2.	**Identificación del Establecimiento:**
	Nombre del establecimiento: Corresponde al nombre de fantasía.
	Dirección: debe corresponder a la dirección completa del establecimiento e indicar la comuna.
3.	**Propietario/Dueño del Establecimiento**: 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 sociedad propietaria, designado en la escritura de constitución de la sociedad o mediante acta de sesión de directorio si se trata de Sociedad anónima. No corresponde si el propietario es persona natural.
5.	Indique la especialidad y cantidad de lo(s) pabellon(es) que requiere modificar, trasladar o autorizar.
6.	Identifique al profesional que ejercerá la **dirección técnica** del establecimiento.

IMPORTANTE: Si la solicitud es presentada por un apoderado, éste deberá presentar un Poder Notarial firmado por el propietario, si es persona natural, o por el representante legal si se trata de una sociedad.