Para brindarle un mejor servicio, le agradeceremos llenar el formulario con letra clara, ojalá en el computador

|  |
| --- |
| Solicitante del trámite (persona de contacto): |
| Teléfonos de contacto: |
| Correo electrónico del solicitante: |
| Dirección para envío de correspondencia: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.0 AUTORIZACIÓN QUE SOLICITA (marque con una X):**   |  |  | | --- | --- | | * **Instalación** | * **Funcionamiento** | | * **Modificación, consistente en:** | | | * **Traslado :** | | | **Desde:** | | | **Hacia:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **2.0** | **ANTECEDENTES DE LA(S) SALA(S) DE PROCEDIMIENTOS** | | | **2.1** | **INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O CONSULTA PROFESIONAL EN QUE FUNCIONARA(N) LA(S) SALA(S) DE PROCEDIMIENTOS:** | | |  | Nombre de Fantasía |  | |  | Dirección |  | |  | Comuna |  | |  | Teléfonos de contacto |  | |  | Correo electrónico |  | | 2.2 | **IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA PROPIETARIA DE LA(S) SALA(S) DE PROCEDIMIENTOS:** | | |  | Razón Social |  | |  | R.U.T. |  | |  | Dirección Casa Matriz |  | |  | Comuna |  | |  | Teléfonos de contacto |  | |  | Correo electrónico |  | | **2.3** | **REPRESENTANTE LEGAL** | | |  | Nombre completo |  | |  | R.U.N. |  | |  | Domicilio legal |  | |  | Comuna |  | |  | Teléfonos de contacto |  | |  | Correo electrónico |  | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **2.4** | **Indique el tipo de la(s) sala(s) de procedimientos que requiere autorizar:** | | | | |  | **Tipo autorización:** (funcionamiento, traslado o modificación) | **Especialidad:** | **Objetivo:** (Salud, Estética o embellecimiento) | **Nº de salas** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **3.0** | **DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD** | | |  | Nombre |  | |  | Cédula de Identidad |  | |  | Profesión |  | |  | Domicilio particular |  | |  | Teléfonos de contacto |  | |  | Correo electrónico |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **DECLARO QUE EL CAPITAL INVERTIDO EN LA(S) SALA(S) DE PROCEDIMIENTOS ES :** | | | | | **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, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento de salas de procedimientos** | | | | | **NOMBRE(S) Y FIRMA(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES)** | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA SOLICITUD**  **ATENCION: Todos los documentos deben ser originales, fotocopias legalizadas o presentar original con una fotocopia simple, para ser legalizada por personal de esta SEREMI** | | |
| **DOCUMENTO** | **VºBº AU** | **VºBº**  **FORM** |
| **1. Documentos que acrediten el derecho a utilizar el inmueble** (contrato de arriendo, escritura de compraventa de la propiedad, comodato, cesión de derecho u otro). |  |  |
| **2. Escritura Pública de Constitución de Sociedad**, completa, Protocolización del Extracto y Publicación en el Diario Oficial, Registro de Comercio. (Si se trata de Sociedad Anónima, debe adjuntar la sesión de directorio que designa al representante legal) fotocopia simple de la cédula de identidad del representante legal o persona natural y fotocopia simple del R.U.T. |  |  |
| **3. Croquis a escala o plano de arquitectura** de la planta física, que indique la distribución funcional de las dependencias (área limpia y sucia, baños para personal/público, vestidor, esterilización sala de espera, etc.) |  |  |
| **4. Certificados de las instalaciones** de servicios básicos:   1. Certificado TE1 (electricidad) emitido por la Superintendencia de Electricidad y Combustibles (SEC) 2. Certificado de conexión al agua potable y alcantarillado emitido por la empresa de agua potable |  |  |
| **5. Convenios con terceros** **si algún servicio será externalizado** (esterilización, eliminación de material cortopunzante, etc.)  Este documento debe estar actualizado, firmado por ambas partes y debe contener la la dirección del inmueble en que funcionará(n) la(s) sala(s) de procedimientos **\*original o fotocopia legalizada.** |  |  |
| **6. Aceptación escrita del Director Técnico** del establecimiento **indicando nombre y dirección del establecimiento y horario de trabajo, a**compañada **d**el Certificado de “Inscripción como Prestador Individual en la Superintendencia de Salud” o fotocopia legalizada de certificado de título, especialidad, licencia de operador de autoclaves o rayos X. |  |  |
| **7. Por cada sala de procedimientos que solicita, detallar:**   1. **Nómina del personal de salud q**ue integrará la dotación estable de la sala de procedimientos; acompañada del Certificado de “Inscripción como Prestador Individual en la Superintendencia de Salud” o fotocopia legalizada de certificados de título, especialidad, licencias de autoclaves o rayos x, de cada uno, de acuerdo al siguiente esquema.  |  | | --- | | Nombre | | Profesión | | Cédula de Identidad o RUT | | Días de trabajo | | Horario de trabajo |  1. **Listado de procedimientos que se efectuarán en la sala.** |  |  |
| **8. Listado de equipos e instrumental** con que contará(n) la(s) sala(s) de procedimientos y otras instalaciones (autoclave), de acuerdo al siguiente esquema:   |  | | --- | | Equipo | | Marca | | Modelo | | Función | | Autorización Sanitaria (N° y fecha) |   **Atención:** Para los equipos que requieren autorización de uso (autoclaves, equipos de rayos X), adjunte fotocopia simple de la autorización de funcionamiento otorgada por la SEREMI de Salud. |  |  |
| **xii. Comprobante de pago de arancel** |  |  |
| **Chequeado por:** |  | |