 DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SANITARIA SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS	<u>PM - 01</u>	Versión: 2016.03
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE SALA DE PROCEDIMIENTOS (Anexo 01)	Actualización: 12/2/2016


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
<input type="checkbox"/> Modificación, consistente en:	
<input type="checkbox"/> 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	


 DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SANITARIA SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS	<u>PM - 01</u>	Versión: 2016.03
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE SALA DE PROCEDIMIENTOS (Anexo 01)	Actualización: 12/2/2016

	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
<p style="text-align: center;">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</p>		

 <p>DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SANITARIA SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS</p>	<u>PM - 01</u>	Versión: 2016.03
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE SALA DE PROCEDIMIENTOS (Anexo 01)	Actualización: 12/2/2016

NOMBRE(S) Y FIRMA(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES)
--

DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA SOLICITUD		
<u>ATENCIÓN: Todos los documentos deben ser originales, fotocopias legalizadas o presentar original con una fotocopia simple, para ser legalizada por personal de esta SEREMI</u>		
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: a) Certificado TE1 (electricidad) emitido por la Superintendencia de Electricidad y Combustibles (SEC) b) 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 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 , acompañada del 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.		

 <p>DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SANITARIA SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS</p>	<u>PM - 01</u>	Versión: 2016.03
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE SALA DE PROCEDIMIENTOS (Anexo 01)	Actualización: 12/2/2016

<p>7. Por cada sala de procedimientos que solicita, detallar:</p> <p>a) Nómina del personal de salud que 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.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>Nombre</td></tr> <tr><td>Profesión</td></tr> <tr><td>Cédula de Identidad o RUT</td></tr> <tr><td>Días de trabajo</td></tr> <tr><td>Horario de trabajo</td></tr> </table> <p>b) Listado de procedimientos que se efectuarán en la sala.</p>	Nombre	Profesión	Cédula de Identidad o RUT	Días de trabajo	Horario de trabajo		
Nombre							
Profesión							
Cédula de Identidad o RUT							
Días de trabajo							
Horario de trabajo							
<p>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:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>Equipo</td></tr> <tr><td>Marca</td></tr> <tr><td>Modelo</td></tr> <tr><td>Función</td></tr> <tr><td>Autorización Sanitaria (N° y fecha)</td></tr> </table> <p>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.</p>	Equipo	Marca	Modelo	Función	Autorización Sanitaria (N° y fecha)		
Equipo							
Marca							
Modelo							
Función							
Autorización Sanitaria (N° y fecha)							
xii. Comprobante de pago de arancel							
Chequeado por:							