

SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Santiago,.....

OBJETIVO: IDENTIFICAR EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO					
1. Hospital	3. Pabellón Cirugía Menor	5. Laboratorio Clínico			
2. Clínica	4. Sala de Procedimientos	6. Sala Externa Toma Muestra			

OBJETIVO: IDENTIFICAR QUE TIPO DE AUTORIZACIÓN SOLICITA					
Revisión Planos/Proyecto	Instalación	Funcionamiento	Modificación	Traslado	Otro

OBJETIVO: IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR AL ESTABLECIMIENTO O PRESTADOR INSTITUCIONAL	
1.	Identificación Establecimiento
	Nombre del Establecimiento
	Nombre de Fantasía
	Dirección
	Ciudad
	Comuna
	Región
	Teléfono
	Fax
	Razón social
	RUT
	Correo electrónico/e-mail
2.	Propietario/Dueño del Establecimiento
	Nombre
	Profesión
	Cédula de Identidad o RUT
	Domicilio legal
	Teléfono
	Fax
	Correo electrónico/ e-mail
3.	Representante Legal del Establecimiento
	Nombre
	Profesión
	Cédula de Identidad o RUT
	Domicilio legal
	Teléfono
	Fax
	Correo electrónico/ e-mail
4.	Objetivos del Establecimiento (*)

SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

(*) Estos deberán ser formulados considerando el ámbito de acción que el establecimiento ha definido para su quehacer, sean estas **acciones de diagnóstico, tratamiento, recuperación y/o rehabilitación de la salud**, en el área médico-quirúrgico, gineco-obstétrico, pediátrico, o indistintamente, etc.

OBJETIVO: IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR AL PROFESIONAL DIRECTOR TÉCNICO RESPONSABLE EN EL ESTABLECIMIENTO	
Identificación del Personal	
5.	Director Técnico del Establecimiento
	Nombre
	Profesión
	Cédula de Identidad o RUT
	Domicilio legal
	Teléfono
	Fax
	Correo electrónico/ e-mail
	Días de trabajo
	Horario de trabajo

OBJETIVO: DECLARAR EL CAPITAL PROPIO INICIAL	
DECLARO QUE MI CAPITAL PROPIO DE 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)	\$
0,5 % Capital	\$

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. Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no están completos y ajustados a lo establecido en la reglamentación vigente o no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA SOLICITUD EN ORIGINAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA

1. Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos
2. Escritura Pública de Constitución de Sociedad
3. Plano de arquitectura en escala 1:50 o Croquis del edificio o inmueble, que indique la distribución funcional de las dependencias.
4. Copias de los planos o certificados de las instalaciones de electricidad, de agua potable y de gas, visados por las autoridades competentes.
5. Aceptación escrita del Director Técnico del establecimiento, adjuntar título en original o fotocopia legalizada.
6. Listado de prestaciones o procedimientos que brindará el establecimiento o las instalaciones
7. Convenios con terceros si algún servicio se contempla externalizar (Laboratorio, esterilización, Banco de sangre, etc.)
8. Comprobante de pago de arancel entregado en caja
9. Nómina de Profesionales, Técnicos y demás personal de la salud que integrará la dotación estable (de acuerdo al esquema que se indica más adelante).
10. Certificados de título, de especialidad, de competencia u otro (**), que acredite, profesión o actividad, de cada uno del personal señalado en la nómina. (**) Alternativamente podrá presentarse el certificado de inscripción en el registro de la Superintendencia de Salud.
11. Listado de equipos (***) e instrumental con que contará el establecimiento (de acuerdo al esquema que se indica más adelante). (***) Si algunos de los equipos mencionados requieren autorización para su uso, debe adjuntar la autorización respectiva: Autoclaves, Equipos Rx, otros.
12. Descripción de instalaciones con que contará el establecimiento (de acuerdo al esquema que se indica más adelante).

ESQUEMA PARA PRESENTAR LA NOMINA DEL PERSONAL

1.	Nombre	
	Profesión	
	Cédula de Identidad o RUT	
	Días de trabajo	
	Horario de trabajo	

ESQUEMA PARA PRESENTAR EL EQUIPAMIENTO Y EL INSTRUMENTAL

1.	Equipo	
	Marca	
	Modelo	
	Función	
	Autorización Sanitaria (N° y fecha)	

ESQUEMA PARA DESCRIBIR LAS INSTALACIONES

1.	Hospitalización	
2.	Salas de Procedimiento	
3.	Pabellón de Cirugía Menor	
4.	Laboratorio	
5.	Sala Externa de Toma de Muestra	
6.	Otras	

NOTA:

- Se agradece a los usuarios adjuntar los documentos solicitados en original o fotocopia legalizada, en tamaño oficio.
- Los documentos que deben ser digitados, utilizar formato Word, letra Arial, tamaño 11.
- El solicitante se compromete a dar lectura previamente, al marco legal que regula la actividad, a la cual podrá acceder a través de www.minsal.cl.