



Depto. de Acción Sanitaria  
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

### SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LABORATORIOS BROMATOLÓGICOS

N° DE SOLICITUD:

<b>I.- ANTECEDENTES</b>		
<b>Nombre del establecimiento:</b>		
Dirección:		
Sector o población:	Comuna:	
R.U.T:	Fono:	Email:
<b>DOMICILIO O CASILLA DE ENVIO DE DOCUMENTACIÓN PARA NOTIFICACIÓN</b> (siendo éste una dirección accesible para correos de Chile, radio urbano):		
<b>Nombre del Propietario o Razón Social:</b>		
<b>Nombre del representante Legal:</b>		
Dirección:		
Sector o población:	Comuna:	
C.I.:	Fono:	Email:
<b>II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>		
<ol style="list-style-type: none"><li>Individualización del propietario y, en caso de personas jurídicas, antecedentes que acrediten su constitución y vigencia y la individualización y personería de sus representantes.</li><li>Documentos que acrediten el derecho a uso del inmueble en que se instalará: inscripción del dominio, contrato de arrendamiento o comodato, etc.</li><li>Copias de los planos o certificados de las instalaciones de electricidad, agua potable y alcantarillado visados por las autoridades competentes.</li><li>Plano o croquis a escala de la planta física e instalaciones sanitarias, indicando las áreas de trabajo, ubicación de los equipos y líneas de flujo.</li><li>Individualización del Director Técnico y de su subrogante incluyendo la documentación correspondiente que acredite su idoneidad profesional. (Cédula de identidad, certificado de Título legalizado ante notario y carta de aceptación del cargo de Director Técnico y Subrogante, indicando horario de trabajo en el laboratorio).</li><li>Nómina del personal que se desempeñará en él, con sus respectivos títulos o autorizaciones sanitarias según corresponda</li><li>Descripción de equipos e instrumentos que se emplearán en los análisis, sus características técnicas y registros de las calibraciones efectuadas y de su mantención.</li><li>Listado de los servicios analíticos a que postula y las respectivas técnicas analíticas validadas que empleará en ello.</li><li>Sistema de aseguramiento de la calidad del laboratorio, con documentación que respalde la validez de resultados, confiabilidad de la prestación.</li><li>Sistema de almacenamiento de materiales peligrosos y eliminación de desechos de que dispone.</li><li>Copia de las autorizaciones sanitarias separadas de: Sala de basuras, Autoclaves, Operadores de autoclave, entre otros, según corresponda.</li><li>Copia de los convenios con proveedores externos (retiro de material contaminado y productos químicos, servicio de esterilización, entre otros, adjuntando copias de las autorizaciones sanitarias, según corresponda.</li><li>Libros foliados (2), que serán timbrados por la Autoridad Sanitaria (para sugerencia y reclamos de los usuarios e inspecciones sanitarias).</li><li>Boleta de pago de arancel correspondiente.</li><li>Mandato Legal en caso de actuar mediante un apoderado.</li></ol>		
<b>III.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE</b>		
Decreto Supremo N° 725 de 1967, MINSAL, Código Sanitario		
Decreto Supremo N° 707 de 1999, MINSAL, Reglamento de Laboratorios Bromatológicos		
Decreto Supremo N° 6 de 2009, MINSAL, Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimiento de Atención de Salud		
Decreto Supremo N° 62 de 2010, MINSAL, Modifica Decreto Supremo N° 6, Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimiento de Atención de Salud		
Decreto Supremo N° 24 de 2012, MINSAL, Modifica Decreto Supremo N° 6, Reglamento sobre Manejo de Residuos de		





Depto. de Acción Sanitaria

Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

Establecimiento de Atención de Salud

Decreto Supremo N° 594 de 1999 del MINSAL, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de trabajo

**IV.- CAPITAL INICIAL**

Declaro que mi Capital Inicial, se compone de:

- a) Equipo y maquinas; Muebles e instalaciones: \$ \_\_\_\_\_
- b) Capital de trabajo: en caja o banco, destinado al funcionamiento, mercadería, etc. \$ \_\_\_\_\_
- c) Total capital propio inicial (sumar a y b): \$ \_\_\_\_\_

**V.- DECLARACIÓN**

DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:

- 1. Normativa Sanitaria aplicable al establecimiento
- 2. Requisitos establecidos en el instructivo general
- 3. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la solicitud, no corresponden a la realidad, será rechazada.

\_\_\_\_\_  
Firma Propietario o Representante Legal

**VII.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA**

FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:

FECHA PRIMERA VISITA (PLAZO MAXIMO):

**ARANCEL**

Instalación (3.6.2):

Funcionamiento (3.6.3):

Autorización de Registro: Libros Foliados (6.6):

Total:

APROBADO:  RECHAZADO:  MOTIVO DEL RECHAZO: \_\_\_\_\_

FIRMA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

