



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LABORATORIOS BROMATOLÓGICOS

N° DE SOLICITUD:

I.- ANTECEDENTES		
Nombre del establecimiento:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
R.U.T:	Fono:	Email:
DOMICILIO O CASILLA DE ENVIO DE DOCUMENTACIÓN PARA NOTIFICACIÓN (siendo éste una dirección accesible para correos de Chile, radio urbano):		
Nombre del Propietario o Razón Social:		
Nombre del representante Legal:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
C.I.:	Fono:	Email:
II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<ol style="list-style-type: none">1. Individualización del propietario y, en caso de personas jurídicas, antecedentes que acrediten su constitución y vigencia y la individualización y personería de sus representantes.2. Documentos que acrediten el derecho a uso del inmueble en que se instalará: inscripción del dominio, contrato de arrendamiento o comodato, etc.3. Copias de los planos o certificados de las instalaciones de electricidad, agua potable y alcantarillado visados por las autoridades competentes.4. 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.5. 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).6. Nómina del personal que se desempeñará en él, con sus respectivos títulos o autorizaciones sanitarias según corresponda7. Descripción de equipos e instrumentos que se emplearán en los análisis, sus características técnicas y registros de las calibraciones efectuadas y de su mantención.8. Listado de los servicios analíticos a que postula y las respectivas técnicas analíticas validadas que empleará en ello.9. Sistema de aseguramiento de la calidad del laboratorio, con documentación que respalde la validez de resultados, confiabilidad de la prestación.10. Sistema de almacenamiento de materiales peligrosos y eliminación de desechos de que dispone.11. Copia de las autorizaciones sanitarias separadas de: Sala de basuras, Autoclaves, Operadores de autoclave, entre otros, según corresponda.12. 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.13. Libros foliados (2), que serán timbrados por la Autoridad Sanitaria (para sugerencia y reclamos de los usuarios e inspecciones sanitarias).14. Boleta de pago de arancel correspondiente.15. Mandato Legal en caso de actuar mediante un apoderado.		
III.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE		
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: _____

