



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE VACUNATORIOS

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 de él o de sus representantes legales en el caso de tratarse de una persona jurídica2. Documentos que acredite el derecho a uso del inmueble3. Croquis de la planta física que indique la distribución funcional de las dependencias4. Copias de los planos o certificados de las instalaciones de electricidad, agua potable y gas visados por las autoridades competentes5. Descripción del equipamiento e instrumental, señalando marco y modelo6. Individualización del profesional que asumirá la dirección técnica del centro y carta de aceptación del Directo Técnico, adjuntado fotocopia legalizada ante notario del certificado de título7. Nómima de los profesionales, personal técnico y administrativo, indicando nombre, cédula de identidad, horario y actividad que desempeñaran, adjuntando certificado de título legalizado ante notario público8. Listado de procedimientos a efectuar9. Manuales de procedimientos de las actividades destinadas a asegurar la calidad en los cuidados de los pacientes, equipos y seguridad (criterios de inclusión, flujos de atención, registros, convenios u otros) Visados por Director técnico y propietario10. Copia de las autorizaciones sanitarias separadas de: Laboratorios de referencia, Sala de basuras, Autoclaves, entre otros, según corresponda11. Copia de los convenios con proveedores externos (retiro de material cortopunzante, servicio de esterilización, entre otros, adjuntando copias de las autorizaciones sanitarias, según corresponda12. Libros foliados (2), que serán timbrados por la Autoridad Sanitaria (para sugerencia y reclamos de los usuarios e inspecciones sanitarias13. Boleta de pago de arancel correspondiente14. 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° 283 de 1997, MINSAL, Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor		
Decreto Supremo N° 58 de 2008, MINSAL, Normas Técnicas Básicas para Obtener Autorización Sanitaria en Establecimientos 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):		\$ _____





Depto. de Acción Sanitaria

Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

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

VI.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA

FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:

FECHA PRIMERA VISITA (PLAZO MAXIMO):

ARANCEL

Instalación (3.10.2):

Funcionamiento (3.10.3):

Autorización de Registro: Libros Foliados (6.6):

Total:

APROBADO: RECHAZADO: MOTIVO DEL RECHAZO: _____

FIRMA DE RECEPCIÓN: _____

