



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE TRASLADO DE PLANTA FISICA DE ESTABLECIMIENTOS QUE OTORGAN
PRESTACIONES EN SALUD O SIMILARES**

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 y/o Razón Social:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
R.U.T.:	Fono:	Email:
Nombre del Representante Legal:		
Dirección:		
Sector o población:		
C.I.:		
Nombre del Director Técnico:		
C.I.:		Profesión:
Tipo de Establecimiento: (Marque con una cruz)		
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Policlínicos	
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> ELEAM (Hogar de Ancianos)	
<input type="checkbox"/> Centro de Diálisis	<input type="checkbox"/> Óptica	
<input type="checkbox"/> Pabellón de Cirugía Menor	<input type="checkbox"/> Sala de Ventas de Óptica	
<input type="checkbox"/> Laboratorio Clínico	<input type="checkbox"/> Servicio Privado de Traslado de Pacientes	
<input type="checkbox"/> Laboratorio Dental	<input type="checkbox"/> Comunidad Terapéutica	
<input type="checkbox"/> Salas de Procedimientos	<input type="checkbox"/> Sala Externa de Toma de Muestra	
Especificar: _____		
II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS		
1. Documentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos para utilizarlo		
2. Croquis de la planta física que indique la distribución funcional de las dependencias		
3. Copias de los planos o certificado de las instalaciones de electricidad, agua potable y gas visados por las autoridades competentes		
4. Listado actualizado de profesionales y personal técnico, indicando nombre, cedula de identidad, horario y actividad que desempeñaran, adjuntando certificado de título legalizado ante notario público, en caso de no haber sido presentado anteriormente a esta Autoridad Sanitaria		
5. Nómina actualizada del equipamiento con que cuenta el establecimiento		
6. Ingresar libros foliados anteriormente autorizados		
7. Boleta de pago de arancel correspondiente		
8. Mandato legal en caso de actuar mediante un apoderado		





Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

III.- 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 del Propietario o Representante Legal

IV.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA

Código Arancel:

2.1.5	Hospital
2.2.5	Clinica
2.3.7	Centro de Diálisis
3.11.5	Pabellón de Cirugía Menor
3.6.5	Laboratorio Clínico
3.8.5	Laboratorio Dental
3.10.5	Salas de Procedimientos

3.1.5	Policlínicos
3.2.5	ELEAM (Hogar de Ancianos)
3.5.5	Óptica
3.5.5	Sala de Ventas de Óptica
3.10.5	Servicio Privado de Traslado de Pacientes
3.2.5	Comunidad Terapéutica
3.7.5	Sala Externa de Toma de Muestra

Especificar:

FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:

APROBADO: RECHAZADO: MOTIVO DEL RECHAZO: _____

FIRMA DE RECEPCIÓN: _____

