



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE VIGENCIA SANITARIA

N° DE SOLICITUD:

I.- ANTECEDENTES	
Nombre del Establecimiento:	
Dirección:	
Sector o población:	Comuna:
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.:	Email:
Nombre del Representante Legal:	
Dirección:	
Sector o población:	Comuna:
C.I.:	Fono:
Tipo de Establecimiento: (Marque con una cruz)	
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Salas de Procedimientos
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Policlínicos
<input type="checkbox"/> Centro de Diálisis	<input type="checkbox"/> ELEAM (Hogar de Ancianos)
<input type="checkbox"/> Pabellón de Cirugía Menor	<input type="checkbox"/> Óptica
<input type="checkbox"/> Laboratorio Clínico	<input type="checkbox"/> Sala de Ventas de Óptica
<input type="checkbox"/> Laboratorio Dental	<input type="checkbox"/> Servicio Privado de Traslado de Pacientes
<input type="checkbox"/> Laboratorio Bromatológico	<input type="checkbox"/> Comunidad Terapéutica
	<input type="checkbox"/> Sala Externa de Toma de Muestra
II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS	
1. Boleta de pago del arancel correspondiente	
2. Mandato legal en caso de actuar mediante un apoderado	
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	
<hr/>	
Firma del Propietario o Representante Legal	





Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

IV.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA

Código Arancel:

2.1.6	Hospital
2.2.6	Clinica
2.3.6	Centro de Diálisis
3.11.6	Pabellón de Cirugía Menor
3.6.6	Laboratorio Clínico
3.8.6	Laboratorio Dental
3.6.6	Laboratorio Bromatológico

3.10.6	Salas de Procedimientos
3.1.6	Policlínicos
3.2.6	ELEAM (Hogar de Ancianos)
3.5.6	Óptica
3.5.6	Sala de Ventas de Óptica
3.10.6	Servicio Privado de Traslado de Pacientes
3.2.6	Comunidad Terapéutica
3.7.6	Sala Externa de Toma de Muestra

FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:

APROBADO: RECHAZADO: MOTIVO DEL RECHAZO: _____

FIRMA DE RECEPCIÓN: _____

