



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas

TRAMITE CERO

SOLICITUD DE CERTIFICADO SANITARIO DE INSTITUTOS DE BELLEZA, PELUQUERIAS Y 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 o Razón Social:		
Nombre del Representante Legal:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
C.I.:	Fono:	Email:
II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS		
1. Documentos que acrediten el derecho a uso del inmueble en que se instalará		
2. Croquis de la planta física funcional		
3. Documentos que acreditan el abastecimiento de agua potable, alcantarillado y luz eléctrica		
4. Documentos de la constitución de la persona jurídica propietaria, en el caso que amerite y los que acrediten la personería de quién la representa (Cédula de Identidad y/o Constitución de Sociedad)		
5. Listado del personal con que funcionará el establecimiento, adjunto fotocopias legalizadas de las certificaciones de competencias		
6. Carta de aceptación del director técnico, estableciendo horario de trabajo		
7. Listado de procedimientos que se realizarán en el establecimiento		
8. Libros foliados (2), que serán timbrados por la Autoridad Sanitaria (para sugerencia y reclamos de los usuarios e inspecciones sanitarias)		
9. Boleta de pago de arancel correspondiente		
10. 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° 244 de 1975, MINSAL, Reglamento para el funcionamiento de los institutos de belleza y establecimientos similares		
Decreto Supremo N° 594 de 1999 del MINSAL, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de trabajo		
IV.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA		
FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:		
FECHA PRIMERA VISITA (PLAZO MAXIMO):		
ARANCEL (1.2.3)		
Autorización de Registro: Libros Foliados (6.6):		
Total:		
APROBADO: <input type="checkbox"/> RECHAZADO: <input type="checkbox"/> MOTIVO DEL RECHAZO: _____		
FIRMA DE RECEPCIÓN: _____		





Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas

DECLARACION DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS SANITARIOS

ATENCION:

Es su responsabilidad informarse si la actividad que pretende instalar se ajusta a las exigencias del plano regulador de su comuna. Si no lo sabe diríjase al Departamento de Obras Municipales de la municipalidad respectiva.

Esta declaración es su compromiso para acceder al Trámite Cero y obtener el correspondiente documento.

Lea atentamente esta **DECLARACION**.

DECLARACION Y COMPROMISO TRAMITE CERO

Yo, _____, Cédula de Identidad N° _____, domiciliado para estos efectos en _____, la comuna de _____,

declaro conocer y cumplir con los requisitos sanitarios entregados en este acto por la Autoridad Sanitaria para el funcionamiento de la instalación con los fines solicitados. Asimismo, declaro que los datos aquí vertidos son fidedignos, y me comprometo a ejecutar las actividades desarrolladas de manera fiel y respetuosa de las normas legales y reglamentarias que las regulan.

Por este acto me comprometo a dar fiel cumplimiento a la legislación sanitaria vigente que regula el ejercicio realizado en GABINETES DE INSTITUTOS DE BELLEZA Y SIMILARES, además de dar lectura a la normativa, a la cual podré acceder a través de www.minsal.cl, cumpliendo con los siguientes requisitos:

El establecimiento cuenta con:

1. Se encuentra circunscrito
2. Productos calificados como cosméticos por el Código Sanitario, cuyo uso está sujeto a las normas establecidas en el reglamento respectivo en todo lo referente a importación, elaboración, fabricación, distribución y venta de productos cosméticos
3. Copia íntegra del texto del presente decreto en lugar visible del recinto (Decreto Supremo N° 244 de 1975, MINSAL, Reglamento para el funcionamiento de los institutos de belleza y establecimientos similares)
4. **SERVICIOS HIGIÉNICOS PARA PERSONAL Y USUARIOS**
5. **PISOS, PAREDES INTERIORES, CIELOS Y DEMÁS ESTRUCTURAS** se encuentran en buen estado de higiene y conservación
6. **ÁREA DE VESTIDORES PARA EL PERSONAL**
7. **EXTINTOR DE INCENDIO**

Nombre:

R.U.T.:

Firma:

