



Depto. de Acción Sanitaria  
Unidad de Profesiones Médicas

### TRAMITE CERO

### SOLICITUD DE CERTIFICADO SANITARIO DE UN GABINETE DE PODOLOGÍA

N° DE SOLICITUD:

<b>I.- ANTECEDENTES</b>		
<b>Nombre del Establecimiento:</b>		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
R.U.T.:	Fono:	Email:
<b>DOMICILIO O CASILLA DE ENVIO DE DOCUMENTACIÓN PARA NOTIFICACIÓN</b> (siendo éste una dirección accesible para correos de Chile, radio urbano):		
<b>Nombre del Propietario o Razón Social:</b>		
<b>Nombre del Representante Legal:</b>		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
C.I.:	Fono:	Email:
<b>II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>		
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		
5. Listado del personal con que funcionará el establecimiento indicando horario de trabajo, adjuntando fotocopia legalizada del certificado y/o Resolución sanitaria de competencias en podología		
6. Carta de aceptación del director técnico señalando horario de trabajo		
7. Listado de insumos, equipamiento e instrumental a utilizar, indicando tipo, cantidad y especificaciones técnicas		
8. Listado de procedimientos que se realizarán en el establecimiento		
9. Manual de procedimientos de las actividades destinadas a asegurar la calidad y continuidad de la atención y cuidado de los pacientes (Debe incluir al menos: criterios de inclusión, flujos de atención, registros, convenios u otros)		
10. Copia de los convenios adquiridos, adjuntado si procede autorizaciones sanitarias respectivas de los proveedores (convenios de esterilización, cortopunzante, entre otros según corresponda)		
11. Libros foliados (2), que serán timbrados por la Autoridad Sanitaria (para sugerencia y reclamos de los usuarios e inspecciones sanitarias)		
12. Boleta de pago de arancel correspondiente		
13. Mandato legal en caso de actuar mediante un apoderado		
<b>III.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE</b>		
Decreto Supremo N° 725 de 1967, MINSAL, Código Sanitario		
Decreto Supremo N° 951 de 1968, MINSAL, Reglamento para ejercer la Profesión de Podólogo		
Decreto Supremo N° 67 de 2008, MINSAL, Modifica D.S N° 951/68, Reglamento para ejercer la Profesión Podólogo		
Circular A15 N° 31 de 2008, MINSAL, Instruye sobre la aplicación del D.S. N° 67/08, que modifica el Reglamento para ejercer la Profesión de Podólogo		
Decreto Supremo N° 594 de 1999 del MINSAL, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de trabajo		
<b>IV.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA</b>		
FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:		
FECHA PRIMERA VISITA (PLAZO MAXIMO):		
<b>ARANCEL</b> (1.2.3)		
Autorización de Registro: Libros Foliados (6.6):		





Depto. de Acción Sanitaria  
Unidad de Profesiones Médicas

**Total:**

APROBADO:  RECHAZADO:  MOTIVO DEL RECHAZO: \_\_\_\_\_

FIRMA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

### 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 PODOLOGIA, además de dar lectura a la normativa, a la cual podré acceder a través de [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl), cumpliendo con los siguientes requisitos:***

El establecimiento cuenta con:

**1. SALA DE ESPERA**

**2. GABINETES DE TRABAJO: INDIVIDUALES O COLECTIVOS:**

- Sillón de Podología de superficies lavables con el taburete
- Mueble para guardar instrumental e insumos, de superficies externas e internas lavables.
- Mesa de trabajo de superficies lavables.
- Sets de cajas de instrumental podológico.
- Torno portátil

**3. DELIMITACIÓN DE ÁREAS**

- ÁREA LIMPIA con superficie lavable exclusiva para preparación de material e insumos clínicos. Lavamanos.





Depto. de Acción Sanitaria  
Unidad de Profesiones Médicas

- **ÁREA SUCIA** con superficie lavable y depósito de lavado profundo para depósito transitorio del instrumental en uso, separado del mesón de preparación de material limpio (puede ser un mesón, repisa o caja plástica con tapa para transporte de material sucio).
- 4. **PISOS, PAREDES INTERIORES, CIELOS Y DEMÁS ESTRUCTURAS** deberá encontrarse en buen estado de higiene y conservación.
- 5. **PISOS Y MUROS LISOS** de material que permita la fácil y completa limpieza y desinfección.
- 6. **SERVICIOS HIGIÉNICOS PARA EL PERSONAL Y USUARIOS**
- 7. **ESPACIO DESTINADO A MANTENCIÓN DE ÚTILES DE ASEO**
- 8. **SECTOR PARA GUARDAR INSUMOS E INSTRUMENTAL**
- 9. **DEPÓSITO TRANSITORIO DE BASURA**
- 10. **EXTINTOR DE INCENDIO**
- 11. **SISTEMA DE DESINFECCION DE EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL**
- 12. **SISTEMA DE ESTILIZACIÓN DE ACUERDO ANORMATIVA ACTUAL VIGENTE** (puede ser realizado en el establecimiento o presentar convenio)
- 13. **SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS ESPECIALES** (Material Cortopunzante)

Nombre:

R.U.T.:

Firma:

