****

**CERTIFICACION PARA SALA DE VENTAS DE OPTICA**

**BASES JURÍDICAS, establecimiento debe cumplir con:**

* **D.S. Nº 4/1985 “Reglamento de establecimientos de Óptica”**
* **D.S. Nº 594/1999 “Reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SI** | **NO** | **ANTECEDENTES REQUERIDOS** |
|  |  | **Carta solicitud** suscrita por el **propietario o representante legal,** especificando el trámite a realizar,dirigida a Dra. Marta Bravo Salinas, SEREMI de Salud de Ñuble. |
|  |  | Indicar Nombre de fantasía del establecimiento y **Datos de contacto para poder notificarlo(a)**: Dirección del establecimiento, comuna, teléfono, correo electrónico. |
|  |  | Si el propietario es **persona natural**: indicar nombre del propietario, fotocopia Cédula de Identidad, domicilio particular, comuna y teléfono. |
|  |  | Si el propietario es **persona jurídica**: indicar Razón Social, fotocopia del R.U.T. de la sociedad, escritura de constitución de sociedad, Inscripción Registro Comercial y publicación en Diario Oficial. Adjuntar además certificado de vigencia de la sociedad, sólo en el caso de que la escritura de constitución tenga más de un año e indicar Nombre del Representante Legal, adjuntar fotocopia de Cédula de Identidad, domicilio legal, comuna, teléfono y correo electrónico. |
|  |  | Copia de la Declaración de Iniciación de Actividades ante el Servicio de Impuestos Internos |
|  |  | Documentos que acredite el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo (Contrato de Arrendamiento, Comodato, Inscripción de dominio, Escritura de Compraventa, etc.) |
|  |  | Croquis o plano con la distribución funcional de la dependencia, indicando las dimensiones. |
|  |  | Convenio con Óptica con Autorización Sanitaria Vigente, de la cual dependerá la Sala de Ventas. |
|  |  | Certificado de Vigencia Sanitaria de la Óptica de la cual depende la sala de ventas. |
|  |  | Declaración escrita de aceptación del profesional (Óptico) que estará a cargo de la fabricación de los lentes con fuerza dióptrica, adjuntando fotocopia del certificado de título legalizado ante notario o resolución que lo acredite. |
|  |  | Certificado de Número Municipal y Certificado de destino de la propiedad. |
|  |  | Referencia al Sistema de registro de recetas que utilizará el establecimiento. |
|  |  | Copia del cartel a exhibirse en el establecimiento donde se señala que los lentes con fuerza dióptrica solo se despacharán en la forma indicada en la receta emitida por el profesional facultado para ello |
|  |  | Nómina de los profesionales, personal técnico y administrativo que se desempeñará en el establecimiento, indicando nombre completo, cédula de identidad, horario y actividad que desempeñarán, adjuntando certificados de título legalizados ante notario público y fotocopias de sus respectivas Cédulas de Identidad. |
|  |  | Plan de Evacuación y Emergencias, respaldado por experto u organización reconocida en el tema (Prevencionista de Riesgos, bomberos, mutualidad). |
|  |  | Certificado de Instalaciones de agua potable y aguas servidas. |
|  |  | Certificados de instalaciones eléctricas (TE1) y de gas (TC6) emitido por la Superintendencia de Electricidad y Combustibles (S.E.C.) (Art. 39 de D.S. Nº 594 de 1999). |
| **En caso de contar con sala de contactología, además debe contar con:** | | |
|  |  | Carta de aceptación del profesional Contactólogo que asumirá el cargo de Director Técnico de la Sala de Contactología, indicando su horario de permanencia. Adjuntar lo siguiente: Certificado de Titulo o Resolución que lo habilita para ejercer, debidamente legalizados ante Notario, y Fotocopia de Cédula de Identidad. |
|  |  | Sala aislada para la adaptación y control de lentes de contacto, así como para la enseñanza de su uso |
|  |  | Listado del equipamiento con el cual dispone según el Art. 10 del D.S. Nº4/1985 |
|  |  | Declaración de Capital Inicial |

**IMPORTANTE:**

El establecimiento debe cumplir con lo dispuesto en el D.S. Nº 50 DE 2016, MINVU, que modifica DS Nº47, que actualiza sus normas, según las disposiciones de la Ley Nº20.422, sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

Se considera ingresado a trámite un anteproyecto o proyecto, cuando se encuentran en la Unidad de Profesiones Médicas y Farmacias de esta SEREMI de Salud la totalidad de los documentos requeridos para el trámite solicitado. Luego la documentación es estudiada y revisada por nuestros profesionales quienes efectuarán las observaciones correspondientes, solicitándose mayores antecedentes si así se estima necesario. En caso de haber observaciones, éstas deben ser subsanadas por el Interesado en un plazo de hasta 15 días hábiles, de no ser así, se procederá a la devolución de la totalidad de los antecedentes ingresados al Solicitante.

Para dar continuidad al trámite, y una vez que se logra verificar que hayan sido superadas las falencias encontradas, si es que las hubiera, esta Autoridad Sanitaria verificará en terreno el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos para su eventual aprobación y autorización de funcionamiento.

Todo trámite de autorización, modificación o regularización de funcionamiento de un establecimiento demanda el pago de un arancel establecido a nivel ministerial, el que deberá cancelar según lo especificado en “Comprobante para Pago” que se genere en la Unidad de Profesiones Médicas y Farmacias, el cual debe ser cancelado previo a la visita de formalización.

**ARANCELES 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| Certificación para Sala de Ventas de Óptica | $82.600 |

**Para mayor información:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIAS** | | | |
| Arauco Nº 405, esquina Bulnes, 4to piso, Of. 409, CHILLAN | | | |
| Atención de Público: 8:30 a 14:00 horas, de lunes a viernes | | | |
| **JEFATURA** | **Q.F. PAOLA BLASCO DÁVILA** | **FISCALIZADORA** | **MAGDALENA CAMPOS MATUS** |
| **CORREO** | [paola.blasco@redsalud.gov.cl](mailto:paola.blasco@redsalud.gov.cl) | **CORREO** | magdalena.campos@redsalud.gob.cl |
| **TELÉFONO** | 42 2585280 / Red Minsal: 425280 | **TELEFONO** | 42 2585298 / Red Minsal: 425298 |
| **FISCALIZADOR** | **Q.F. PABLO CHODIL SOLSONA** | **ADMINISTRATIVA** | **ROXANA REYES FERNÁNDEZ** |
| **CORREO** | [pablo.chodil@redsalud.gob.cl](mailto:pablo.chodil@redsalud.gob.cl) | **CORREO** | [roxanai.reyes@redsalud.gov.cl](mailto:roxanai.reyes@redsalud.gov.cl) |
| **TELÉFONO** | 42 2585277 / Red Minsal: 425277 | **TELÉFONO** | 42 2585288 / Red Minsal: 425288 |

**Una vez reunidos la totalidad de los antecedentes, deberán ser ingresados en Oficina de Partes de la SEREMI de Salud Ñuble, ubicada en calle Bulnes Nº 620, primer piso, Chillán.**

***La Autoridad Sanitaria tiene plazo legal de 30 días hábiles para pronunciarse respecto de una solicitud de autorización, contados desde la recepción conforme de la totalidad de los antecedentes exigidos para ello, conforme al Artículo 7º del Código Sanitario.***

**Una vez reunidos la totalidad de los antecedentes, deberán ser ingresados en Oficina de Partes de la SEREMI de Salud Región de Ñuble, ubicada en calle Bulnes Nº 620, primer piso, de Chillán.**