
 SEREMI Región de Ñuble Ministerio de Salud	SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCION SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS	SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:	
		LABORATORIO DENTAL	Página 1 de 4


Se le solicita completar el presente formulario con letra clara y legible; firmado por quien corresponda y adjuntarlo con los demás antecedentes requeridos.

1) ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO:	
1.1	INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:
	Nombre de Fantasía
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
1.2	IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO:
	Nombre o Razón Social
	R.U.T.
	Domicilio Legal
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
1.3	IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL (SI CORRESPONDE):
	Nombre completo
	R.U.N.
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfonos de contacto
1.4	IDENTIFICACION DEL DIRECTOR TÉCNICO:
	Nombre completo
	R.U.N.
	Domicilio
	Comuna
	Teléfonos de contacto
Correo electrónico	
<p>Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas en la legislación vigente, para solicitar la autorización sanitaria de funcionamiento del establecimiento anteriormente señalado. Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos y documentos entregados no están completos y ajustados a lo establecido en la reglamentación vigente o no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.</p> <p style="text-align: center;">DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA REPRESENTANTE LEGAL</p>	

 SEREMI Región de Ñuble Ministerio de Salud	SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCION SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS	SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:	
		LABORATORIO DENTAL	Página 2 de 4

2) DOCUMENTOS REQUERIDOS		SI	NO
2.1	Carta de solicitud de Autorización Sanitaria para funcionamiento del Establecimiento correspondiente, dirigida a SEREMI de Salud de Ñuble, suscrita por el propietario o Representante Legal.		
2.2	Documento que defina objetivos y campos de acción del Establecimiento: población beneficiaria directa e indirecta, recursos disponibles para su funcionamiento, modalidad de atención, definir horario, etc.		
2.3	Si el propietario es persona natural, adjuntar fotocopia de su Cédula de Identidad.		
2.4	Si el propietario es persona jurídica, adjuntar lo siguiente:		
	- Fotocopia del RUT de la sociedad		
	- Escritura de constitución de sociedad		
	- Inscripción en Registro Comercial		
	- Publicación en el Diario Oficial		
	- Certificado de vigencia de la sociedad, si la escritura tiene más de un año.		
	- Fotocopia Cédula de Identidad del Representante Legal de la Sociedad		
2.5	Copia de la Iniciación de Actividades ante el Servicio de Impuestos Internos.		
2.6	Declaración de Capital Inicial.		
2.7	Acreditar el derecho a uso del inmueble: contrato de arrendamiento, inscripción del dominio, escritura de la propiedad, comodato u otro.		
2.8	Certificado de destino de acuerdo al giro que ejerce en la propiedad, otorgado por la Dirección de Obras Municipales o certificado de recepción municipal definitiva, si se trata de edificaciones nuevas.		
2.9	Certificado de Instalaciones de agua potable y aguas servidas.		
2.10	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. N° 594/99).		
2.11	Croquis de la planta física, con especificaciones técnicas, distribución funcional de las dependencias.		
2.12	Carta de aceptación de cargo del Director Técnico indicando su horario de permanencia en el establecimiento. Adjuntar lo siguiente: Certificado de Inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud o, en su defecto, Certificado de Título legalizado ante notario, y Fotocopia de Cédula de Identidad.		
2.13	Nómina del personal, Indicar horario de cada uno y adjuntar lo siguiente: Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de cada uno, o, en su defecto, Fotocopia notarial de sus Certificados de Título, y fotocopia de sus Cédulas de Identidad.		
2.14	Listado de prestaciones a realizar (trabajos). En el caso que deriven trabajos a otro Laboratorio Dental, deben señalar expresamente el nombre del Laboratorio.		
2.15	Convenio firmado con Laboratorio Dental al que le derivan ciertos trabajos (cuando corresponda), y adjuntar la Resolución Sanitaria de Funcionamiento del Laboratorio Dental respectivo.		
2.16	Nómina y datos de los equipos del Laboratorio Dental (Características, marca, modelo, N° de serie, año de fabricación).		
2.17	Plan de Evacuación y Emergencias, respaldado por Experto en Prevención de Riesgos u organización reconocida en el tema. Adjuntar Copia de Cédula de Identidad y Certificado o Carnet de Experto en Prevención de Riesgos del Responsable del Plan de Evacuación.		
2.18	Manual de Procedimientos de bioseguridad para el personal.		
2.19	2 libros de actas foliados (de 50 folios), que serán autorizados para el Registro de Visitas Inspectivas de la Autoridad Sanitaria y Registro de Sugerencias y Reclamos de los Usuarios.		
CONTINGENCIA COVID19			
2.20	Protocolo de limpieza y desinfección de ambientes y superficies ante Contingencia Covid19.		
2.21	Protocolo de atención de usuarios en contexto Pandemia Covid19 (aforo, uso de mascarilla, etc.)		
2.22	Protocolo de actuación en caso de sospecha y/o confirmación de Covid19 en el personal.		
2.23	Protocolo de ingreso y salida del personal ante Contingencia Covid19.		

- Esta SEREMI de Salud se reserva el derecho de solicitar nuevos antecedentes que no estén indicados en este instructivo por alguna modificación de la normativa vigente o por algún caso en particular.

 SEREMI Región de Ñuble Ministerio de Salud	SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCION SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS	SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:	
		LABORATORIO DENTAL	Página 3 de 4

3) PLANTA FISICA Y EQUIPAMIENTOS (VER BASES JURÍDICAS PARA COMPLEMENTAR)	
3.1	Planta física independiente de toda habitación privada y clínica odontológica.
3.2	Sistemas de iluminación, ventilación, temperatura adecuados y vías de evacuación expeditas.
3.3	Sistema eléctrico adecuado.
3.4	Área de recepción
3.5	Sala de trabajo
3.6	Sala de vestuario del personal con casilleros
3.7	Servicios Higiénicos para el personal.
3.8	Bodega para almacenamiento de materiales e insumos.
3.9	Área cerrada para la mantención de útiles de aseo.
3.10	Área para depósitos de basuras.
3.11	Extractor de evacuación de gases o con filtros catalizadores en aquellas áreas donde se eliminan gases y desechos potencialmente tóxicos (insumos en base a fosfatos, ceras, etc.)
3.12	Desagües donde se eliminan desechos deben contar con decantadores, desgrasadores o con máquinas automáticas para lavar o descerar muflas
3.13	Elementos aislantes de contaminación acústica (si procede)
3.14	Extintores de incendio de polvo químico, tipo ABC, con sus cargas vigentes
3.15	Pisos, cielo, paredes, mesones y sillas de trabajo de material lavable y de fácil desinfección, en todas las dependencias. Sillas y equipos de trabajo suficientes

4) BASES JURIDICAS	
4.1	D.S. N° 1967/1995 del MINSAL: "Reglamento de Laboratoristas Dentales y de Laboratorios Dentales".
4.2	D.S. N°594 DE 1999 del MINSAL, Regl. Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo.

IMPORTANTE:

Una vez reunidos la **totalidad de los antecedentes**, deberán depositarlos en un Buzón dispuesto para ello, ubicado en calle Arauco N° 405 de Chillán, para ser ingresados por Oficina de Partes de esta SEREMI de Salud. Para el resguardo de la documentación, se solicita ingresarlos en un sobre o carpeta.

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 7° del Código Sanitario.

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.

Previo a la visita de Formalización se deberán cancelar los aranceles correspondientes, cuyos Comprobantes para Pago, con el detalle del Arancel a cancelar, serán emitidos por la Unidad de Profesiones Médicas y Farmacias de esta SEREMI de Salud y enviados al Interesado mediante correo electrónico.

ARANCELES AÑO 2021

CODIGO	ITEM	VALOR
3.8.1	Aprobación de planos planta física del local o proyecto	\$35.600
3.8.2	Aprobación del local o instalación	\$63.500
3.8.3	Autorización de funcionamiento	\$84.600
	Más 0,5% del capital inicial declarado	

BENEFICIO PYME: El arancel total a cobrar por cada trámite para aquellas empresas que, de acuerdo a lo establecido en el artículo segundo de la ley N° 20.416, acrediten ser microempresas, pequeñas o medianas empresas será de **\$1.000.-** En cuyo caso el Interesado debe acreditar su condición de tal, presentando la documentación correspondiente.

 SEREMI Región de Ñuble Ministerio de Salud	SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCION SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS	SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:	
		LABORATORIO DENTAL	Página 4 de 4

Para mayor información:

UNIDAD DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIAS Bulnes N° 620, 4to piso, Of. 409, CHILLAN		JEFATURA CORREO TELÉFONO	Q.F. PAOLA BLASCO DÁVILA paola.blasco@redsalud.gov.cl 42 2585280 / Red Minsal: 425280
FISCALIZADOR CORREO TELÉFONO	Q.F. PABLO CHODIL SOLSONA pablo.chodil@redsalud.gob.cl 42 2585277 / Red Minsal: 425277	FISCALIZADORA CORREO TELEFONO	Enf. MAGDALENA CAMPOS MATUS magdalena.campos@redsalud.gob.cl 42 2585298 / Red Minsal: 425298
FISCALIZADORA CORREO TELEFONO	Nut. DENISSE MUÑOZ HERNANDEZ denisse.munozh@redsalud.gob.cl 42 2585288 / Red Minsal: 425288	ADMINISTRATIVA CORREO TELÉFONO	ROXANA REYES FERNÁNDEZ roxanai.reyes@redsalud.gov.cl 42 2585288 / Red Minsal: 425288