
 SEREMI Región de Aisles  Ministerio de Salud	SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCIÓN SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS	SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:	
		PABELLON DE CIRUGIA MENOR	

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
	Correo electrónico
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>	

2) DOCUMENTOS REQUERIDOS		SI	NO
2.1	Carta de solicitud de Autorización sanitaria para Pabellón de Cirugía Menor, suscrita por el propietario o Representante Legal, dirigida a Dra. Marta Bravo Salinas, SEREMI de Salud de Ñuble.		
2.2	Documento que defina los objetivos y campos de acción del establecimiento: población beneficiaria directa e indirecta, recursos disponibles para su funcionamiento, modalidad de atención, definir horario de funcionamiento.		
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	Plano o croquis médico-arquitectónico de la planta física, a escala 1:50, con distribución funcional de sus 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; Certificado de competencia en intervenciones a realizar; y Fotocopia de su Cédula de Identidad.		
2.13	Nómina del personal, profesional y técnico que labora en el establecimiento, indicando horario de cada uno, adjuntando lo siguiente: sus respectivos Certificados de Inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud o, en su defecto, Certificados de Títulos legalizados ante notario; Certificados de competencia en intervenciones a realizar; y Fotocopias de sus Cédulas de Identidad.		
2.14	Nómina de prestaciones o intervenciones a realizar con código FONASA (en caso de contar con codificación), firmada por el Propietario o Representante Legal. Definición y protocolo de cada una de ellas. Consentimiento Informado para cada prestación o intervención.		
2.15	Nómina del Equipamiento e instrumental que se dispondrá, señalando marca y modelo. Programa de mantención preventiva de los equipos clínicos.		
2.16	Copia de convenio con proveedores externos, debidamente autorizados (Retiro de material cortopunzante, esterilización de materiales e insumos, entre otros).		
2.17	Definición de estructura organizacional. Responsabilidades y funciones por estamento. Niveles de supervisión de todo el personal.		
2.18	Reglamento Interno: Procedimiento sobre las acciones a realizar en caso de accidentes; entrega de elementos de protección al personal de acuerdo a riesgos derivados de las funciones asignadas, sistema de turnos, horarios de atención, jornada de trabajo del personal, etc.		
2.19	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.		
2.20	Los siguientes manuales y protocolos:		
	- Manual de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Considerar contexto pandemia Covid19.		
	- Protocolo de respuesta ante paro cardiorrespiratorio y otras emergencias (caída, desmayo, etc.) y derivación y traslado, en caso de ser necesarios.		
	- Protocolo para manejo, retiro y disposición final de residuos del establecimiento.		
	- Protocolo de rutina de limpieza y aseo del establecimiento. Considerar contexto Pandemia Covid19.		

	- Protocolo de limpieza de sistema de climatización e iluminación (equipos aire, filtros, rejillas, otros), etc.		
	- Protocolo de atención de Usuarios (Pacientes) en contexto Pandemia Covid19 (Agendamiento de horas, aforo, uso de mascarilla, etc.).		
	- Protocolo de actuación en caso de sospecha y/o confirmación de Covid19 en el personal.		
	- Protocolo de Ingreso y Salida del Personal ante Contingencia Covid19.		
2.21	Copia de Resolución de Autorización de Almacenamiento de Residuos de Establecimientos de Salud (REAS). Este trámite se realiza en Unidad de Gestión Ambiental de SEREMI de Salud de Ñuble. Fono: 422585057 / Correo: marcela.lopez@redsalud.gov.cl		
2.22	Copia de certificado que otorga Número de Registro a Autoclave, en el caso de contar con este equipo. Este trámite se realiza en Unidad de Salud Ocupacional de SEREMI de Salud de Ñuble. Fono: 422585071 / Correo: brunilda.medina@redsalud.gov.cl		
2.23	Copia de Certificado de Competencia de los Operadores de Calderas y Generadores de Vapor, en caso de contar con equipo Autoclave. Este trámite se realiza en Unidad de Salud Ocupacional de SEREMI de Salud de Ñuble. Fono: 422585071 / Correo: brunilda.medina@redsalud.gov.cl		
2.24	Establecer por escrito, stock de medicamentos e insumos a utilizar en el pabellón y tramitar autorización de Botiquín, según complejidad del mismo.		
2.25	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.		

- 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.

3) PLANTA FISICA Y EQUIPAMIENTO (VER BASES JURIDICAS PARA COMPLEMENTAR)

3.1) RECINTOS GENERALES



- Acceso a consulta con examen.
- Acceso expedito, en atención a las disposiciones vigentes para la accesibilidad y atención de pacientes con discapacidad.
- Servicios higiénicos para el personal y pacientes separados (salas de procedimientos, que se encuentran anexas a consultas de profesionales, que cuenten con más de 3 boxes de atención individual, requieren SSHH para público y personal, separados por sexo. Tienen, al menos, un baño universal accesible a silla de ruedas.
- Acceso a recinto de aseo.

3.2) AREA QUIRURGICA

- Sala de vestuario para pacientes y personal, anexa al quirófano.
- Baño para pacientes y personal.
- Sector de lavado quirúrgico para el personal, anexo al quirófano.
- Sector para almacenamiento de equipos, ropa e instrumental estéril. Mueble debe considerar las siguientes características: material liso, lavable, no absorbente. Dispuesto a 30 cm. del suelo, entre 45 a 100 cm. del techo y 5 cm. de la pared


3.3) QUIROFANO O PABELLON DE CIRUGIA MENOR

- De uso exclusivo para realizar intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos.
- De acceso único, con ventanas selladas o con cierres herméticos, para permitir efectuar las técnicas sin riesgo de contaminación.
- Disponer de espacios para acceder a la camilla o sillón dental, por tres costados en caso de emergencia.
- Dispositivos de organización de instalaciones y equipos.
- Mobiliario para almacenar insumos clínicos limpios y estériles.
- Área limpia con superficie lavable.
- Iluminación focalizada en punto de trabajo (lámpara de procedimiento).
- Lámpara autoenergizada.
- Suministro de oxígeno, equipado con manómetro, regulador de flujo y humidificador.
- Suministro de aspiración con vacuómetro y frasco de aspiración.
- Sistema de ventilación que permita 6 renovaciones de aire por hora, garantizando la asepsia del espacio quirúrgico.
- Pisos, muros y cielos de material duro, liso, lavable y susceptible de ser desinfectado (asegurar que el sistema de iluminación de cuenta de estas características).
- Puerta de ingreso con apertura tipo vaivén o con sensor electrónico. El ancho de ésta debe asegurar el paso de una camilla.
- Los quirófanos en que se utilicen fuentes y/o equipos generadores de radiaciones ionizantes, deberán estar ubicados en zonas de acceso restringido a público y su personal. Instalaciones deberán cumplir con normativa vigente

 SEREMI Región de Aulis  Ministerio de Salud	SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCION SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS	SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DE:	
		PABELLON DE CIRUGIA MENOR	Página 4 de 5

3.4) RECINTO TRABAJO SUCIO
<ul style="list-style-type: none"> - Espacio anexo a quirófanos. - Mesón de trabajo con cubiertas lisas, lavables, resistentes a la humedad. - Depósito de lavado profundo. - Estacionamiento transitorio de contenedores con instrumental sucio. - Estacionamiento transitorio de contenedores de ropa sucia. - Estacionamiento transitorio de contenedores de residuos sólidos. - Elementos de aseo exclusivos de quirófanos, almacenados según norma.
3.5) EQUIPAMIENTO BASICO
<ul style="list-style-type: none"> - Mesa quirúrgica, camilla de procedimientos o sillón dental, según corresponda. - Equipos de monitoreo de presión no invasivo. - Oxímetro de pulso. - Fonendoscopio. - Mesa rodable para instrumental quirúrgico. - Medicamentos, equipos e instrumental estéril, adecuado a cada procedimiento definido en objetivo asistencial.
3.6) ELEMENTOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR
<ul style="list-style-type: none"> - Tabla para masaje cardiaco. - Laringoscopio con tres hojas. - Bolsa de insuflación manual con mascarilla. - Oxígeno con manómetro y humidificador. - Equipo aspiración. - Set de cánulas mayo y tubos endotraqueales. - Sondas de aspiración. - Bigoterías y mascarillas para oxígeno. - Medicamentos e insumos clínicos. - Cuenta con profesional responsable de la mantención de estos equipos e insumos
3.7) SISTEMA MANUAL O COMPUTACIONAL DE REGISTRO DE PACIENTES, EN LOS QUE CONSTEN LOS SIGUIENTES DATOS:
<ul style="list-style-type: none"> - Fecha y hora del procedimiento o intervención. - Nombre del paciente, RUN, fecha de nacimiento, sexo y procedencia. - Nombre del profesional que realizó el procedimiento o intervención

4) BASES JURIDICAS	
4.1	DFL N° 1 DE 1989, Que determina materias que requieren autorización sanitaria expresa.
4.2	D.S. N°725 DE 1967, MINSAL, Código Sanitario
4.3	D.S. N° 283/1997 MINSAL, Regl. de Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor.
4.4	D.S. N°594/1999 MINSAL, Regl. Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo.
4.5	D.S. N° 58/2008 MINSAL. Aprueba Normas Técnicas Básicas para la obtención de Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales.
4.6	D.S. N° 06 DE 2009 MINSAL, Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Salud (REAS)
4.7	NORMA TECNICA N° 199 DE 2018 MINSAL, de Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos.
4.8	D.S. N° 10 DE 2012, Reglamento de Calderas y Generadores de Vapor.
4.9	D.S. N°75 DE 2001, MINVU, Ordenanza General de Urbanización y Construcción.
4.10	D.S. N° 50 DE 2016, MINVU, modifica DS N°47, que actualiza sus normas, según las disposiciones de la Ley N°20.422, sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

 SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCIÓN SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS	SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:	
	PABELLON DE CIRUGIA MENOR	Página 5 de 5

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
3.11.1	Aprobación de planos planta física del local o proyecto	\$40.200
3.11.2	Aprobación del local o instalación	\$117.000
3.11.3	Autorización de funcionamiento	\$182.300
	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.

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.gov.cl 42 2585277 / Red Minsal: 425277	FISCALIZADORA CORREO TELEFONO	Enf. MAGDALENA CAMPOS MATUS magdalena.campos@redsalud.gov.cl 42 2585298 / Red Minsal: 425298
FISCALIZADORA CORREO TELEFONO	Nut. DENISSE MUÑOZ HERNANDEZ denisse.munozh@redsalud.gov.cl 42 2585288 / Red Minsal: 425288	ADMINISTRATIVA CORREO TELÉFONO	ROXANA REYES FERNÁNDEZ roxanai.reyes@redsalud.gov.cl 42 2585288 / Red Minsal: 425288