

 <b>SEREMI</b> Región de Ñuble  Ministerio de Salud	<b>SEREMI DE SALUD ÑUBLE</b> DEPTO. ACCION SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS	<b>SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:</b>	
		<b>SALA DE PROCEDIMIENTOS</b>	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.

<b>1) ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO:</b>	
1.1	<b>INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:</b>
	Nombre de Fantasía
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
1.2	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO:</b>
	Nombre o Razón Social
	R.U.T.
	Domicilio Legal
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
1.3	<b>IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL (SI CORRESPONDE):</b>
	Nombre completo
	R.U.N.
	Domicilio legal
	Comuna
	Teléfonos de contacto
1.4	<b>IDENTIFICACION DEL DIRECTOR TÉCNICO:</b>
	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;"><b>DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>FIRMA REPRESENTANTE LEGAL</b></p>	

 <p>SEREMI Región de Ñuble</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>SEREMI DE SALUD ÑUBLE DEPTO. ACCION SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS</p>	<p><b>SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:</b></p>	
		<p><b>SALA DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	<p>Página 2 de 4</p>

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, número de boxes de atención, 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:		
	- 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 <b>destino de acuerdo al giro que ejerce</b> 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; Fotocopia de Cédula de Identidad; Certificado de especialidad, si la tuviera.		
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; Copias de Cédulas de Identidad; Certificados de Especialidades, si las tuvieran.		
2.14	Nómina de prestaciones a realizar, codificados de acuerdo a FONASA (En caso de contar con codificación), firmada por el Representante Legal o Propietario.		
2.15	Nómina del equipamiento (característica, marca, modelo, N° de serie, año de fabricación). Programa de mantención preventiva de los equipos.		
2.16	Certificación de calibración y puesta en marcha (para equipos nuevos) y/o mantenimiento (equipos con más de un año de uso), emitido por técnico o institución con competencias en el área.		
2.17	Acreditar mediante documento formal prestaciones que se van a contratar a terceros ya autorizados por la Autoridad Sanitaria, remitiendo fotocopia legalizada ante Notario de los convenios y/o compra de servicios (con firma de las partes involucradas) que sean necesarios para el adecuado funcionamiento del establecimiento de salud.		
2.18	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.		
2.19	Plan atención de pacientes en caso de emergencia (caída, desmayo, etc.) y derivación y traslado en caso de ser necesarios.		
2.20	Los siguientes manuales y protocolos:		
	- Protocolo de procedimientos técnicos.		
	- Manual de organización (Incluir formato Ficha Clínica u otro sistema de registro de pacientes).		
	- Manual de esterilización de material.		
	- Manual de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (Considerar contexto Pandemia Covid19).		
	- Manual de Bioseguridad (Residuos, Cortopunzantes, etc.).		
	- Protocolo de Aseo concurrente y terminal (Considerar contexto Pandemia Covid19).		
	- Protocolo de atención de Usuarios (Pacientes) en contexto Pandemia Covid19 (Agendamiento de horas, aforo, uso de mascarilla, etc.).		


 <p><b>SEREMI</b> Región de Ñuble</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p><b>SEREMI DE SALUD ÑUBLE</b> DEPTO. ACCION SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS</p>	<p><b>SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:</b></p>	
		<p><b>SALA DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	<p>Página 3 de 4</p>

	- 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	Si corresponde, 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: <a href="mailto:marcela.lopez@redsalud.gov.cl">marcela.lopez@redsalud.gov.cl</a>		
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: <a href="mailto:brunilda.medina@redsalud.gov.cl">brunilda.medina@redsalud.gov.cl</a>		
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: <a href="mailto:brunilda.medina@redsalud.gov.cl">brunilda.medina@redsalud.gov.cl</a>		
2.24	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.

<b>3) PLANTA FISICA, EQUIPAMIENTO Y REGISTROS: (VER BASES JURIDICAS PARA COMPLEMENTAR)</b>	
3.1	<p><b>Debe contar como mínimo con las siguientes dependencias que podrán ser comunes con las del establecimiento o consulta donde estén instaladas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de espera.</li> <li>• Servicios higiénicos para público y personal, separado por sexo. si la sala se encuentra anexa a consultas de profesionales que cuenten con menos de tres (3) boxes de atención individual, no requerirán la separación de los baños para público y para personal ni la distinción por sexos, pudiendo servir el baño, además, como lugar de vestuario. Por lo menos un baño adaptado para discapacitados.</li> <li>• Recinto de vestuario para el personal.</li> <li>• Depósito transitorio de basura.</li> <li>• Sector para guardar insumos e instrumental.</li> <li>• Área cerrada para guardar útiles de aseo y de mantención.</li> </ul>
3.2	<p><b>Además, deberán contar con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso expedito, en atención a las disposiciones vigentes para la accesibilidad y atención de pacientes con discapacidad.</li> <li>• Adecuada iluminación natural y artificial, buena ventilación y temperatura adecuada.</li> <li>• Sistema eléctrico adecuado.</li> <li>• Sistema de protección contra incendios vigente.</li> <li>• Muros, pisos y cielos de los recintos deben encontrarse en buen estado de conservación y mantención. Deben ser lisos, no absorbentes, lavables y de fácil desinfección, sin alfombra.</li> <li>• Delimitación de área limpia y sucia.</li> <li>• Lavamanos.</li> <li>• Luces de emergencia.</li> </ul>

<b>4) BASES JURIDICAS:</b>	
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 del MINSAL. "Reglamento de Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor".
4.4	D.S. N° 594/1999 del MINSAL. "Reglamento Sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo".
4.5	NORMA TECNICA N° 199 DE 2018 MINSAL, de Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos.
4.6	D.S. N° 6/2009 del MINSAL. "Reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud (REAS)".
4.7	D.S. N° 10 DE 2012, Reglamento de Calderas y Generadores de Vapor.
4.8	D.S. N°75 DE 2001, MINVU, Ordenanza General de Urbanización y Construcción.
4.9	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.

 <b>SEREMI</b> Región de Ñuble  Ministerio de Salud	<b>SEREMI DE SALUD ÑUBLE</b> DEPTO. ACCION SANITARIA UNIDAD DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIAS	<b>SOLICITUD PARA TRAMITE DE AUTORIZACION SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE:</b>	
		<b>SALA DE PROCEDIMIENTOS</b>	Página 4 de 4

#### 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 Profesionales 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 Profesionales Médicas y Farmacias de esta SEREMI de Salud y enviados al Interesado mediante correo electrónico.

#### ARANCELES AÑO 2021

CODIGO	ITEM	VALOR
3.9.1	Aprobación de planos planta física del local o proyecto	\$40.200
3.9.2	Aprobación del local o instalación	\$117.000
3.9.3	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:

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