SEREMI
Región de los Ríos

Ministerio de Salud

S O L I C I T U D

Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría Regional Ministerial de Salud
Región de Los Ríos
Dpto. de Acción Sanitaria

Valdivia, _____de_____201_____

A: Sr. *Secretario Regional Ministerial de Salud, Región de Los Ríos.*

En cumplimiento a lo dispuesto en el Código Sanitario y su reglamentación vigente, solicito su autorización para:

- ☐ 1.- Apertura y funcionamiento
- ☐ 2.- Traslado de local
- ☐ 3.- Cambio de propietario
- ☐ 4.- Cambio de Director Técnico
- ☐ 5.-Cambio de Representante legal
- ☐ 6.- Cierre Temporal
- ☐ 7.- Cierre Definitivo
- ☐ 8.- Otro _____

I.- IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.

1. Nombre del Establecimiento: _____

   _____

2. Dirección: _____

   _____

3. Comuna:_____

4. Fono: _____Fax_____E-mail: _____

II: IDENTIFICACION DEL PROPIETARIO.

a) Persona Natural
Nombre Completo: _____

Rut: _____

b) Razón Social
Nombre Sociedad: _____

Rut: _____

c) Representante Legal
Nombre Completo: _____

Rut: _____

_____
Nombre y Firma del Solicitante
Rut N°:

_____
Nombre y Firma del Director Técnico
Rut Nº:

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UN DEPÓSITO DE INSUMOS DE USO MÉDICO. (D.S. Nº 825/1998)

1. Solicitud dirigida a **Secretario Regional Ministerial de Salud de Región de Los Ríos, Dr. Richard Ríos Ríos**, solicitando autorización para instalación y funcionamiento de un depósito de productos farmacéuticos dentales, señalando: propietario, dirección, nombre comercial del establecimiento. **Según Formato.**

2. Identificación del o los propietarios. Si es una persona natural, se requiere de una fotocopia legalizada de la cédula de identidad. Si es una sociedad, fotocopia legalizada de la Escritura Pública de la constitución de la sociedad, del extracto protocolizado y de la Inscripción en el Conservador de Bienes Raíces.

3. Horario del establecimiento para atención al público.

4. Certificado de Capital Inicial.

5. Documentación que acredite el derecho a uso del inmueble (Certificado que acredite dominio del inmueble, contrato de arrendamiento, convenio de traspaso o comodato)

6. Planos o croquis de la planta física del local en que se señalen las diferentes dependencias.

7. Certificado de Zonificación otorgado por el Dpto. de Obras de la Municipalidad correspondiente.

8. Planos de las instalaciones de electricidad, de agua potable, alcantarillado y de gas, o Certificados visados por las autoridades competentes.

9. Listado de insumos médicos que se venderán en el depósito.

10. Informe de visita inspectiva del local, realizado por un funcionario de la Unidad de Farmacia y Profesiones Médicas.

11. Cancelación de Arancel + 0,5% del capital inicial declarado, en Caja de la Seremi de Salud de la Región de Los Ríos, ubicada en calle Chacabuco Nº 700, primer piso, Valdivia. Adjuntar copia de la boleta de pago.

12. Libro foliado para el siguiente registro oficial:
    - Visitas Inspectivas, Sugerencias y Reclamos

14. Hacer entrega de **toda** la documentación en una carpeta con mecanismo, en Oficina de Partes de la Seremi de Salud Región de Los Ríos, ubicada en Chacabuco Nº 700, Piso 1, Valdivia.

Consultas en OIRS (Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias)
Fonos: 063-265105- 063-265106- 063-265111