

Gobierno de Chile  
 Ministerio de Salud  
 Secretaría Regional Ministerial  
 Región de O'Higgins  
 Departamento Acción Sanitaria

SOLICITUD DE INFORME SANITARIO PARA INSTALACIÓN, AMPLIACION O TRASLADO DE INDUSTRIAS, TALLERES Y SIMILARES

N° DE SOLICITUD:

**I.- ANTECEDENTES**

<b>Nombre del establecimiento:</b>		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
RUT:	Fono:	E-Mail:
<b>Nombre del Propietario o Razón Social:</b>		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
RUT:	Fono:	E-Mail:
<b>Nombre del Representante Legal:</b>		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
RUT:	Fono:	E-Mail:
<b>Giros solicitados:</b>		

**II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS**

	Documento que justifica la ocupación del inmueble, si corresponde (Certificado de Dominio Vigente, contrato de Arrendamiento, etc.)
	Pronunciamento municipal de zonificación de acuerdo a plan regulador
	Copia del plano de arquitectura que incluya todas las dependencias del establecimiento
	Plano de ubicación geográfica del establecimiento, indicando colindes
	Plano de manejo de residuos sólidos (Industriales no peligrosos y peligrosos)
	Certificado de dotación de Agua Potable y Alcantarillado extendido por la Empresa de Obras Sanitarias. En caso de disponerse de Servicios Particulares, resolución de autorización sanitaria del sistema
	Aprobación de Proyectos de las Obras de disposición final de residuos líquidos, si corresponde (Ley 19.300)
	Copia de Informe Sanitario si corresponde a una ampliación
	Certificado de cambio de razón social, si corresponde

**III.- DECLARACION DE CAPITAL**

<b>Declaro que mi capital propio inicial, se compone de:</b>	
1.- Equipo y maquinarias. Muebles e instalaciones: (valor en pesos)	\$
2.- Capital de trabajo: Efectivo en caja o banco, destinado al funcionamiento, mercadería, materias primas, etc.	\$
3.- Total capital propio inicial (sumar 1 y 2):	\$

#### IV.- DECLARACION

DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:

1. Normativa Sanitaria aplicable al establecimiento.
2. Los requisitos establecidos en el Instructivo General
3. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la solicitud, no corresponden a la realidad, ésta será rechazada. La aprobación posterior sólo será posible reingresando la solicitud, antecedentes requeridos y cancelación del arancel nuevamente.
4. Que la Autoridad Sanitaria, se reserva el derecho de cotejar la información con los bienes e instalaciones que se observen en terreno y con lo declarado ante el Servicio de impuestos Internos (SII).

\_\_\_\_\_  
Firma Propietario o Representante Legal

#### V.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA

Fecha recepción solicitud:

Fecha primera visita:

Establecimiento nuevo

Ampliacion

Requiere visita

No requiere visita

Arancel a pagar

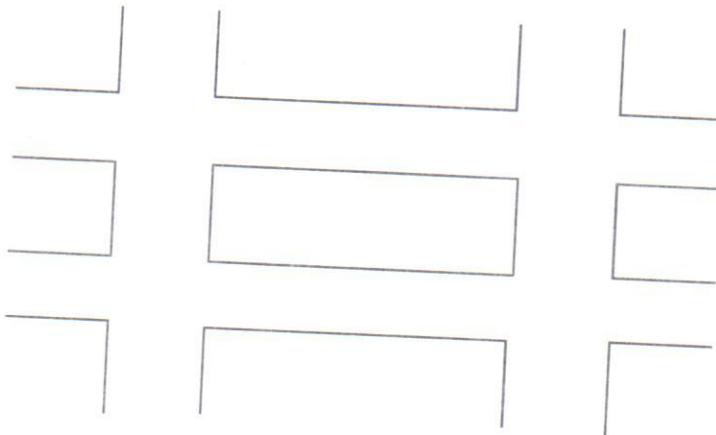
\$

Aprobado

Rechazado

\_\_\_\_\_  
Firma de recepción

#### VI.- PLANO DE UBICACIÓN



En caso de ser zona rural o de difícil acceso, especificar ubicación: \_\_\_\_\_