

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL
SEXTA REGION

SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS
DE ELABORACIÓN Y EXPENDIO DE ALIMENTOS

N° DE SOLICITUD:

I.- ANTECEDENTES		
Nombre del establecimiento:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
RUT:	Fono:	E-Mail:
Nombre del propietario o razón social:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
RUT:	Fono:	E-Mail:
Nombre del representante legal:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
RUT:	Fono:	E-Mail:
En caso de vendedor ambulante:		Dirección de referencia de su actividad:
Comuna		
Autorizado por 1° vez	<input type="checkbox"/>	Ampliar giro <input type="checkbox"/>
Giros solicitados		

II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS	
	Documentos que justifica la ocupación del inmueble, si corresponde (Certificado de Dominio Vigente, contrato de Arrendamiento, etc.)
	Autorización municipal de acuerdo a plano regulador
	Plano o energía de la planta e instalaciones sanitarias a escala de la misma
	Croquis de los sistemas de eliminación de calor, olor o vapor y sistemas de frío
	Descripción general de los procesos de elaboración
	Materias primas que empleará
	Sistemas de control e calidad sanitaria con que contará
	Tipo de alimentos que elaborará
	Sistema de eliminación de desechos
	Certificado de dotación de Aguas Potable y Alcantarillado extendido por la Empresa de Obras Sanitarias. En caso de disponerse de Servicios Particulares, resolución de autorización sanitaria del sistema
	Certificación de muestreo isocinético de fuentes fijas, si corresponde (Decreto N° 4/92, DS 977/96 Art. 7)
	Aprobación de Proyectos de las Obras de disposición final de residuos líquidos, si corresponde (Ley 19.300)
	Copia de Resolución Sanitaria, si corresponde a una ampliación
	Certificado de cambio de razón social, si corresponde

III.- DECLARACION DE CAPITAL	
Declaro que mi capital propio inicial, se compone de:	
1.- Equipo y maquinaria. 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	
3. 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:	Arancel a pagar: \$ <input type="text"/>
Establecimiento nuevo	<input type="checkbox"/>
Ampliación	<input type="checkbox"/>
Requiere visita	<input type="checkbox"/>
No requiere visita	<input type="checkbox"/>
Aprobado <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>
_____ Firma de recepción	

VI. PLANO DE UBICACIÓN		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Norte 
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
En caso de ser zona rural o de difícil acceso, especificar ubicación:		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		