

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN E INSTALACION DE ELEAM Y CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE ESTABLECIMIENTO** | | | |
| ELEAM |  | C. de Tratamiento y rehabilitación  Modalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE AUTORIZACIÓN** | | | | | |
| Instalación y funcionamiento |  | Traslado |  | Modificación planta física |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO O PRESTADOR DE SALUD** | |
| Nombre del establecimiento |  |
| Dirección |  |
| Comuna |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACION DE PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL** | |
| Nombre del propietario/razón social |  |
| Nombre representante legal |  |
| Rut representante legal |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACION DEL DIRECTOR TÉCNICO** | |
| Nombre |  |
| Rut director técnico |  |
| Profesión |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DECLARACION CAPITAL PROPIO INICIAL** | |
| Capital de trabajo de la empresa (dinero, mercadería, materias primas, etc.) | $ |
| Equipos, maquinarias, muebles e instalaciones | $ |
| Total capital | $ |
| 0.5% capital | $ |

**Declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidos en la legislación vigente, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento anteriormente señalado.** (Marque las normativas aplicables según tipo de establecimiento)

\_\_\_\_ DS Nº 04/2010 Reglamento de Centro de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas

\_\_\_\_ DS Nº 14/2010 Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores

\_\_\_\_ DS Nº 194/1978 Reglamento de hoteles y establecimientos similares (en lo que le sea aplicable)

\_\_\_\_ DS Nº 977/1996 Reglamento Sanitario de los alimentos (en lo que le sea aplicable)

\_\_\_\_ DS Nº 594/99 Condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma Y RUN representante legal**

Rancagua, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Timbre Recepción

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTACION A ADJUNTAR EN ORIGINAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA ANTE NOTARIO** | **Vº Bº UNIDAD PROFESIONES MEDICAS** |
| Certificado de propiedad del inmueble o contrato de arriendo |  |
| Documento de constitución de sociedad (si corresponde) |  |
| Fotocopia del RUT de la sociedad |  |
| Fotocopia de cedula de identidad de representante legal |  |
| Plano o croquis a escala de planta física con distribución funcional de las dependencias, con flujos de circulación diferenciados |  |
| Certificado TE1 (SEC) o certificado emitido por técnico autorizado que acredite instalaciones eléctricas del inmueble |  |
| Certificado de instalación de agua potable y alcantarillado emitido por la empresa que provee dicho servicio |  |
| Certificado de un experto en prevención de riesgos o de Bomberos que acredite que cumple con los requisitos de prevención contra incendios |  |
| Carta de aceptación del cargo del director técnico Anexo Nº 2 |  |
| Fotocopia del certificado de título legalizado ante notario |  |
| Fotocopia de la cedula de identidad |  |
| Nómina de todo el personal que trabajara en el establecimiento. Anexo Nº 1 |  |
| Fotocopia de la cedula de identidad del personal incluido en la nomina |  |
| Fotocopia de los certificados de título de todo el personal clínico incluido en la nómina |  |
| Plan de evacuación del establecimiento para los distintos tipos de emergencias |  |
| Libro foliado de uso de residentes y/o familiares de sugerencias o reclamos timbrado por autoridad sanitaria |  |
| Comprobante de pago del arancel correspondiente a la prestación de servicio |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTACION A ADJUNTAR EN CASO QUE EL ESTABLECIMIENTO SEA ELEAM** | **Vº Bº UNIDAD PROFESIONES MEDICAS** |
| Programa de atención usuaria del ELEAM diferenciado por nivel de valencia |  |
| Certificado capacitación manipulador de alimentos |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTACION A ADJUNTAR EN CASO QUE EL ESTABLECIMIENTO SEA CENTRO DE REHABILITACIÓN** | **Vº Bº UNIDAD PROFESIONES MEDICAS** |
| Programa de tratamiento y rehabilitación del centro |  |