



**SOLICITUD PARA AUTORIZAR EMPRESA APLICADORA DE  
DESINFECTANTES Y SANITIZANTES  
D.S. 157/05 DEL MINSAL  
ARANCEL: \$ 101.600 CODIGO ARANCEL 1.5.5.-**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA:**

Nombre y/o Razón Social ( Persona natural o jurídica )		
RUT:	DIRECCIÓN:	
TELEFONO:	COMUNA:	
E-MAIL	FAX	Nº TRABAJADORES:

**2. ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

NOMBRE:	R.U.T.:
DIRECCIÓN:	COMUNA:

**3. ANTECEDENTES DEL RESPONSABLE TÉCNICO:**

NOMBRE :	R.U.T.:
DIRECCIÓN:	COMUNA:

**4. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS**

SUPERFICIE CONSTRUIDA  Mts<sup>2</sup>      HORARIO PRINCIPAL **DE**  **A**       NUMERO DE TRABAJADORES

**5. ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

<b>DOCUMENTOS ENTREGADOS</b>	<b>USO SEREMI DE SALUD Vº Bº</b>
Plano o croquis de ubicación de la empresa, identificando las actividades que se desarrollan en los inmuebles colindantes.	
Plano o croquis detallado que incluya las dependencias de trabajo, lugar de almacenamiento, preparación, limpieza de equipos, servicios higiénicos, guardarropía, oficinas y otros	
Listado de productos que utilizará y la Hoja de Seguridad según Norma Chilena de los desinfectantes que se emplearan. Con registro del ISP	
Lista de los equipos de protección personal.	
Lista de los equipos de aplicación de desinfectantes	
Procedimiento por escrito de la preparación de los productos a aplicar, la forma de aplicación, que aseguren que los trabajos que se ejecuten sean técnicamente eficaces y que ellos se desarrollen en óptimas condiciones de higiene y seguridad, garantizando la salud de las personas y del ambiente.	
Nómina del Personal indicando sus funciones y acreditar su capacitación en el uso y conocimiento de los desinfectantes, modo correcto de la utilización de los elementos de protección personal y de los equipos de seguridad.	
Memoria explicativa sobre el manejo de residuos.	
Certificado de Afiliación a algún organismo administrador de la Ley 16.744. (INP, ACHS, CCHC, IST) según corresponda.	
Adjuntar curso de manejo de sustancias químicas del Responsable Técnico o certificado de título.	

**NOTA IMPORTANTE:**

1. Esta solicitud, en conjunto con los antecedentes correspondientes, deberá ser entregada en la respectiva oficina de la Seremi de Salud Región de **O'Higgins ubicada en Bueras 555, Rancagua**. Previa cancelación del arancel correspondiente.
2. Esta Seremi de Salud, se reserva el derecho de requerir mayores antecedentes en caso necesario.
3. Los datos aquí vertidos, deben ser fidedignos, la no declaración será sancionada bajo lo que estipula el Libro X del código Sanitario.
4. Una vez presentados los antecedentes, esta Autoridad Sanitaria procederá a evaluarlos los antecedentes, pudiendo realizar visitas en terreno y si cumple con la normativa sanitaria, se procederá a otorgar la Resolución de autorización correspondiente.

<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>	
<b>FIRMA</b>	
<b>RUT</b>	