

# Instructivo y Pauta de Autorización Sanitaria de Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)

**SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA**

DIVISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y PROMOCIÓN

DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS Y REGULACIONES FARMACÉUTICAS,  
DE PRESTADORES DE SALUD Y MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.



**ELABORADO POR:**

**E.U. M<sup>a</sup> Elena Winser Caviedes**  
Asesora Técnico  
Departamento Políticas y Regulaciones  
Farmacéuticas, de Prestadores de Salud  
y Medicinas Complementarias.

Colaboración: Asesores de Subsecretaría  
de Redes Asistenciales

**REVISADO POR:**

**Tatiana Tobar Aravena**  
Jefa Departamento Políticas y  
Regulaciones Farmacéuticas, de  
Prestadores de Salud y Medicinas  
Complementarias.

**APROBADO POR:**

**Tito Pizarro Quevedo**  
Jefe División de Políticas Públicas  
Saludables y Promoción.

| REVISIONES DEL INSTRUCTIVO |            |  |                                  |
|----------------------------|------------|--|----------------------------------|
| Nº Versión                 | Fecha      | Motivo de la revisión  | Páginas elaboradas o modificadas |
| 0 (CERO)                   | 15-06-2016 | Elaboración inicial  | TODAS                            |
| 1 (UNO)                    | 05-06-2017 | Modificación de formato, código y acuerdos técnicos con SEREMI | TODAS                            |

## ÍNDICE

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUCCIÓN</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVO</b>   | <b>5</b>  |
| <b>3</b> | <b>ALCANCE</b>  | <b>6</b>  |
| <b>4</b> | <b>TERMINOLOGÍA</b>   | <b>6</b>  |
| <b>5</b> | <b>DOCUMENTOS APLICABLES O RELACIONADOS</b>   | <b>7</b>  |
|          | 5.1 MARCO REGULATORIO GENERAL   | 7         |
|          | 5.2 DOCUMENTOS DE GESTIÓN RELACIONADOS  | 8         |
| <b>6</b> | <b>DESARROLLO / DESCRIPCIÓN DEL PROCESO</b>   | <b>9</b>  |
|          | 6.1 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES/ FISCALIZACIÓN DOCUMENTAL  | 9         |
|          | 6.2 VISITA INSPECTIVA   | 9         |
|          | 6.3 CONSIGNACIÓN DE RESULTADOS  | 10        |
| <b>7</b> | <b>REGISTROS</b>  | <b>10</b> |
| <b>8</b> | <b>ANEXOS</b>   | <b>10</b> |
|          | 8.1 PAUTA DE CHEQUEO PARA LA AUTORIZACIÓN SANITARIA CECOSF  | 10        |
|          | A. PAUTA DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO  | 12        |
|          | B. DOCUMENTACIÓN REGLAMENTARIA PARA SOLICITUD AUTORIZACIÓN SANITARIA, FISCALIZACIÓN DOCUMENTAL  | 13        |
|          | C. PAUTA DE CHEQUEO VISITA INSPECTIVA CECOSF  | 17        |
|          | D. FORMULARIO PARA SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE OPERACIÓN DE INSTALACIONES RADIOACTIVAS DE SEGUNDA CATEGORÍA Y AUTORIZACIÓN DE DESEMPEÑO. | 25        |
|          | E. SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE DESEMPEÑO PARA TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS A RADIACIONES IONIZANTES                         | 26        |
|          | F. SOLICITUD PARA REGISTRO DE CALDERAS Y AUTOCLAVE  | 27        |
|          | G. REQUISITOS PARA OBTENER CERTIFICADO DE COMPETENCIAS COMO OPERADOR DE CALDERAS Y AUTOCLAVE  | 28        |
|          | H. SOLICITUD AUTORIZACIÓN SANITARIA DE ALA O ÁREA DE ALMACENAMIENTO DE REAS   | 29        |
|          | I. ORMULARIO AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FARMACIA Y/O BOTIQUÍN  | 31        |
|          | J. EJEMPLO PLANOS CECOSF  | 33        |
|          | <b>8.2 REQUISITOS SOLICITUD RECEPCIÓN DE OBRAS MUNICIPALES</b>  | <b>34</b> |
|          | <b>8.3 GRUPO DE TRABAJO QUE ELABORA PAUTA DE CHEQUEO</b>  | <b>36</b> |



## 1. INTRODUCCIÓN

Para un buen funcionamiento del trabajo en Integrado en Red de los servicios de salud (RISS) requiere de establecimientos que cumplan con las características solicitadas a nivel nacional, a fin de garantizar condiciones óptimas de funcionamiento al momento de atender a la población.

El proceso de Autorización Sanitaria refiere la verificación de normas e instrucciones que debe cumplir un establecimiento para su utilización, velando por la seguridad y respeto a la dignidad de los usuarios.

En un intento por unificar los criterios a evaluar por parte de los fiscalizadores de las distintas SEREMI de Salud a lo largo del país, simplificar un proceso y transparentar ante los usuarios le exigencia a los establecimientos de la red según normativa vigente, es que se elabora el presente instrumento que permite verificar el cumplimiento de cada uno de los requisitos para la obtención de Autorización Sanitaria de instalación y funcionamiento, según el cuerpo normativo que aplica a los Centros Comunitarios de Salud Familiar, CECOSF.

## 2. OBJETIVO

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Mantener uniformidad de criterio, reduciendo la variabilidad en el procedimiento de Autorización Sanitaria de instalación y funcionamiento, realizado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, a los CECOSF.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Verificar, a través de una pauta estandarizada, el cumplimiento normativo y procedimental que establece la regulación vigente para la autorización de instalación y funcionamiento de un CECOSF.
- B. Simplificar la revisión de los requisitos exigidos para la autorización sanitaria de instalación y funcionamiento de un CECOSF, transparentar el proceso y facilitar la comunicación con el usuario solicitante.
- C. Contribuir al resguardo de la Salud Pública y al mejoramiento de la calidad de la atención, asegurando que las prestaciones serán entregadas en forma segura, minimizando los riesgos que por su naturaleza supone para los usuarios.
- D. Dotar a las Secretarías Regionales Ministeriales de herramientas que le permitan mejorar sus procesos de formalización

### 3. ALCANCE

El presente instructivo aplica a toda autorización sanitaria de Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), otorgada por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país.

### 4. TERMINOLOGÍA

- A. Acta de Inspección: Documento individualizado mediante un código correlativo numérico o alfa numérico, es emitido por un funcionario de la Autoridad Sanitaria, recoge el resultado de las actuaciones de comprobación o de investigación, declarándose en él, ya sea la conformidad o la disconformidad de la actividad inspeccionada a la normativa sanitaria vigente.
- B. Baños para el personal: Estos baños son diferenciados por sexo y habilitados para ser utilizados como vestidor.
- C. Bodega de Programas Alimentarios: lugar en un establecimiento de atención primaria de salud, destinado en forma exclusiva al almacenamiento de los productos que componen la canasta de los Programas Alimentarios.
- D. Box Multipropósito: Son salas para la atención de consulta con examen, donde los médicos, enfermeras y/o matronas y otros profesionales de salud atenderán a los usuarios.
- E. CECOSF: Centros Comunitarios de Salud Familiar, considerados una estrategia de acercar la salud a la gente, conservando una relación de complementariedad y dependencia con el Centro de Salud Familiar (CESFAM). La población a cargo es entre 3.500 y 5.000 personas inscritas, y cuyo propósito es la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas, promocionales con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la red asistencial y en complementariedad con el centro de salud base, mejorando el acceso, oportunidad y resolutividad de los problemas de salud de su comunidad.
- F. Centros de salud de atención abierta: Son establecimientos asistenciales que sólo otorgan atención de tipo ambulatorio, sin pernoctación de pacientes. Se incluye en la definición a los centros de baja, mediana y alta complejidad que cuentan con consultas médicas, salas de procedimientos, y unidades de apoyo diagnóstico terapéutico.
- G. Formalización: Revestir de los requisitos legales desde el punto de vista sanitario a las instalaciones, que involucra la revisión del cumplimiento de lo establecido en el Código Sanitario y en los reglamentos específicos y normas vigentes, el cual se expresa en un acto administrativo, a través de una resolución exenta que otorga la autorización sanitaria.
- H. Inspección o visita inspectiva: Examinar, investigar, revisar en terreno, con el fin de verificar el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente o de las resoluciones que pudiere haber dictado con este propósito la autoridad sanitaria y las denuncias o reclamos de usuarios y autoridad para la instalación y/o el funcionamiento del establecimiento o dentro del proceso de fiscalización.
- I. Instalaciones o planta física: Es todo establecimiento, recinto o local, en el cual se realicen actividades de salud o prácticas con impacto en la salud de las personas.

- J. Pauta de chequeo: Herramienta metodológica que consta de una serie de ítems que tienen por finalidad la comprobación del cumplimiento de las regulaciones legales, reglamentarias y administrativas vigentes y la consignación objetiva de las contravenciones observadas en la visita inspectiva.
- K. Recinto de disposición de residuos sólidos: Sala con instalaciones e implementos de protección personal para manipular y almacenar los residuos hasta su retiro del establecimiento, que contribuyan a disminuir el riesgo de contaminación de usuarios y personal.
- L. RISS: Redes integradas de servicios de salud. Busca contribuir al desarrollo del sistema de salud fortaleciendo la atención primaria, y por ende las prestaciones de salud más accesibles, equitativas, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los usuarios.
- M. Sala de Distribución de Programas Alimentarios: lugar en un establecimiento de atención primaria de salud, destinado en forma exclusiva a la distribución de los productos que componen la canasta de los Programas Alimentarios a los beneficiarios.
- N. Sala Multiuso: Es una sala habilitada para reuniones con la comunidad, pero también se utilizará como comedor del personal, se debe establecer horario de funcionamiento para ambas actividades.
- O. Vestuario del personal: Recinto para los casilleros individuales destinados a dejar sus efectos personales.

## 5. DOCUMENTOS APLICABLES O RELACIONADOS

### 5.1. MARCO REGULATORIO:

- Decreto con Fuerza de Ley N° 725, del Ministerio de Salud, Código Sanitario, de fecha 31 de enero de 1968, y sus respectivas modificaciones
- Decreto con Fuerza de Ley N° 1, del Ministerio de Salud Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de Las Leyes N° 18.933 y N°18.469, de fecha 23 de septiembre de 2005.
- Ley N° 19.880, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que "Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado", de fecha 22 de mayo de 2003.
- Ley N° 20.724, del Ministerio de Salud, que "Modifica el Código Sanitario en Materia de Regulación de Farmacias y Medicamentos", de fecha 30 de enero del 2014.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 1, del Ministerio de Salud, que "Determina Materias que requieren Autorización Sanitaria Expresa", de fecha 8 de noviembre del 1989.
- D.S. N°594, del Ministerio de Salud, que aprueba "Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo", de fecha 15 septiembre de 1999.
- D.S. N°283, del Ministerio de Salud, que aprueba "Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor", de fecha del 28 de abril del 1997.

- D.S. N°58, del Ministerio de Salud, que "Aprueba Normas Técnicas Básicas para la Obtención de Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales", de fecha 30 de Mayo de 2008.
- D.S. N°6, del Ministerio de Salud, "Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS)", de fecha del 23 de febrero del 2009.
- D.S. N°825, del Ministerio de Salud, que aprueba "Reglamento de Control de Productos y Elementos de Uso Médico", de fecha 30 de noviembre del 1998.
- D.S. N°3, del Ministerio de Salud, "Reglamento de Protección Radiológica de Instalaciones Radiactivas", de fecha 03 de enero de 1985.
- D.S. N°133, del Ministerio de Salud, "Reglamento sobre Autorizaciones para Instalaciones Radiactivas o Equipos Generadores de Radiaciones Ionizantes, Personal que se desempeña en ellas, u opere", de fecha 22 de mayo de 1984.
- D.S. N°10, del Ministerio de Salud, "Reglamento de Calderas, Autoclaves y Equipos que utilizan vapor de agua", de fecha 2 de marzo de 2012.

## 5.2. DOCUMENTOS DE GESTIÓN RELACIONADOS:

- ORD. N° B35/1348, de Subsecretaría de Salud Pública, del 14 mayo 2015, informa sobre proceso de armonización de Procedimientos de Autorización Sanitaria y Fiscalización de la Reglamentación en el área de Profesiones Médicas y Medicinas complementarias y alternativas.
- ORD. B35/N°08, de Subsecretaría de Salud Pública, del 4 enero del 2016 Informe sobre Procedimiento de Autorización Sanitaria a Establecimientos de Salud.
- ORD. B35/N°1865, de Subsecretaría de Salud Pública, del 15 de junio de 2016, exigencia sobre Proceso de Autorización SAR y CECOSF.
- ORD. B35/N°1428, de Subsecretaría de Redes Asistenciales, del 26 de abril de 2017, Guía de preparación documental y/o antecedentes para solicitar Autorización Sanitaria.
- ORD. B35/N°2120, de Subsecretaría de Salud Pública, del 14 de junio de 2017, envía Pauta de Chequeo de Autorización Sanitaria de Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), código: B35-PRO-1ES-INS02 versión 01.
- ORD. N° B35/4413, de Subsecretaría de Salud Pública, del 15 noviembre 2017, que informa sobre Procedimiento de Autorización Sanitaria y Fiscalización de Establecimientos de Salud y otros afines, código: B35-PRO-1ES versión 01.
- MINSAL, (2008). Manual de apoyo a la implementación de centros comunitarios de salud familiar, dirigido a equipos de salud de atención primaria. Revisado en <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb-5d1e0400101650128e9.pdf>

## 6. DESARROLLO / DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

### 6.1. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES/FISCALIZACIÓN DOCUMENTAL

El propietario o representante legal del CESFAM, así como quién designe para esta función bajo Poder Notarial o Mandato Judicial, presentarán los antecedentes solicitados y los requerimientos de Autorización Sanitaria a la SE-REMI respectiva D.S N° 283 Art. N° 3 referido Atención Abierta (ANEXO 8.1, letra a y b)

### 6.2. VISITA INSPECTIVA

- A. Posterior a la actividad de análisis de antecedentes, se debe realizar una visita inspectiva para otorgar la autorización de instalación.
- B. Una vez conforme con todos los requisitos regulatorios y los resultados de la visita anterior que otorga la autorización sanitaria de instalación, podrá realizarse la visita inspectiva para otorgar la autorización sanitaria de funcionamiento.
- C. Cabe señalar que la contratación del personal exigido en la regulación para los CESFAM, se requerirá para otorgar la autorización de funcionamiento, dado que el RRHH del CECOSF podrá depender directamente del CES base y/o Municipalidad.
- D. El Director Técnico del establecimiento debe ser un profesional de la salud, (médico cirujano, enfermera, kinesiólogo, dentista y matrona) según lo referido en NTB Atención Abierta Anexo II Ámbito de Recursos Humanos Ítem 45. Recordar que la dirección técnica y administrativa del CECOSF corresponde al director del CESFAM o a quien él designe para estos fines.
- E. Para cumplir con los requisitos de Certificado de Título, los profesionales extranjeros deberán revalidarlo por los conductos regulares nacionales y estar registrados en la Superintendencia de Salud.
- F. Para la ejecución de ambas visitas se utilizará la pauta de chequeo adjunta en los anexos del presente instructivo.
- G. Estas pautas no incluyen los procesos específicos de Autorización Sanitaria y para equipos de radiaciones ionizantes y personal que los opere y los registros de los equipos generadores de vapor y personal que los opere (autoclaves y calderas de calefacción).
- H. Una vez conforme con los requisitos, se procede a elaborar la Resolución de Autorización Sanitaria de instalación y/o funcionamiento, según corresponda, conforme al procedimiento B35-PRO01-INS10.

### **6.3. CONSIGNACIÓN DE RESULTADOS**

La Pauta de Chequeo contiene los diferentes requisitos que dispone la normativa vigente para la Autorización Sanitaria de instalación y funcionamiento de los CECOSF. Dichos requisitos se estructuraron en los ámbitos Organización, Recurso Humano, Infraestructura y Equipamiento.

- A. El resultado del cumplimiento de cada requisito, a través de su elemento medible o medio de verificación, será dicotómico: "SI" o "NO" (SI cumple o NO cumple, respectivamente).
- B. Asimismo, se consignará "N/A" (No Aplica) en los casos en que el prestador no tenga el servicio explicitado o no realice la prestación o prestaciones relacionadas con el requisito o por la naturaleza del establecimiento (público o privado).
- C. Se incluye un rubro de "observaciones" para que se consigne la información que el evaluador estime necesaria.
- D. La Autoridad Sanitaria constatará del cumplimiento de determinados requisitos del reglamento, mediante la verificación de la existencia de informes favorables, conforme a la institución responsable de evaluar esta especificación técnica.

## **7. REGISTROS**

Los registros corresponden a los señalados en el Procedimiento de Autorización Sanitaria de Centro Comunitario de Salud Familiar CECOSF, Código B35-PRO01-INS02 y a la Pauta de Chequeo.

## **8. ANEXOS**

### **8.1.- PAUTA DE CHEQUEO PARA LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CECOSF**

- A. Identificación del establecimiento de salud.
- B. Documentación reglamentaria para solicitud Autorización Sanitaria, fiscalización documental.
- C. Pauta de chequeo visita inspectiva de CECOSF.
- D. Requisitos para la autorización de operación de instalaciones radiactivas de 2ª categoría.
- E. Solicitud para Autorización Sanitaria de desempeño para trabajadores ocupacionalmente expuestos a radiaciones ionizantes.
- F. Solicitud para registro de calderas y autoclave.

- G. Requisitos para obtener certificado de competencias como operador de calderas y autoclave.
- H. Solicitud autorización sanitaria de sala o área de almacenamiento de REAS.
- I. Formulario autorización sanitaria de farmacia y/o botiquín.
- J. Ejemplo plano CECOSF.

**8.2.- FLUJOGRAMA PARA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.**

**8.3.- REQUISITOS SOLICITUD RECEPCIÓN DE OBRAS MUNICIPALES.**

**8.4.- GRUPO DE TRABAJO QUE ELABORA PAUTA DE CHEQUEO.**

## 8.1.PAUTA DE CHEQUEO DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR (CECOSF)

### A. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

| OBJETIVO: IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR AL ESTABLECIMIENTO.  |    |    |
|---|----|----|
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO<br>(DS 283/97, ART. 3 LETRA A) |    |    |
| NOMBRE DE FANTASÍA  |    |    |
| DIRECCIÓN<br>(DS 283/97, ART. 3 LETRA A)                  |    |    |
| CIUDAD  |    |    |
| COMUNA  |    |    |
| TELÉFONO  |    |    |
| CORREO ELECTRÓNICO  |    |    |
| NOMBRE PROPIETARIO (PERSONA NATURAL)                      |    |    |
| CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD                              |    |    |
| FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD                             |    |    |
| DOMICILIO   |    |    |
| TELÉFONO  |    |    |
| RAZÓN SOCIAL (PERSONA JURÍDICA)                           |    |    |
| REPRESENTANTE LEGAL                                       |    |    |
| PROFESIÓN   |    |    |
| DOMICILIO   |    |    |
| TELÉFONO  |    |    |
| CORREO ELECTRÓNICO  |    |    |
| ESTABLECIMIENTO DE DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA.            |    |    |
| DOCUMENTACIÓN FORMAL                                      | SI | NO |
| CERTIFICADO MUNICIPAL DE CAMBIO DE DESTINO.               |    |    |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                     |    |    |
|   |    |    |
|   |    |    |

**B. DOCUMENTACIÓN REGLAMENTARIA PARA SOLICITUD AUTORIZACIÓN SANITARIA,**  
**I. FISCALIZACIÓN DOCUMENTAL**

| DOCUMENTACIÓN REGLAMENTARIA  |                  |   |    |    |     |
|--|------------------|---|----|----|-----|
| <b>OBJETIVO:</b><br>Documentar el cumplimiento de la normativa vigente a través de la presentación de: |                  |   |    |    |     |
| ÍTEM   | D.S. 283/1997    | REQUISITOS  | SI | NO | N/A |
| 1  | Art. 3º, letra a | Fotocopia del RUT (razón social).   |    |    |     |
| 2  | Art. 3º, letra b | Instrumento que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo (Contrato de Arrendamiento, Comodato, Inscripción de Dominio, Escritura de Compraventa).  |    |    |     |
| 3  | Art. 3º, letra b | Certificado de recepción final emitido por el Departamento de Obras Municipal (D.O.M) (anexo 8.3)   |    |    |     |
| 4  | Art. 3º, letra c | Fotocopia Cédula de Identidad del representante legal.  |    |    |     |
| 5  | Art. 3º, letra d | Plano o croquis del edificio o inmueble indicando distribución funcional (escala 1:50 o que permita visualizar todas las dependencias, con la descripción funcional de cada una de ellas).  |    |    |     |
| 6  | Art. 3º, letra e | Certificados de instalaciones de electricidad, agua potable, alcantarillado y gas otorgado por instalador autorizado o Certificado de la Superintendencia de Electricidad y Combustibles SEC (se solicita para Recepción de Obras Municipales). |    |    |     |
| 7  | Art. 3º, letra g | Listado de procedimientos diagnósticos o terapéuticos a efectuar, por cada sala o recinto clínico.  |    |    |     |
| 8  | Art. 3º, letra g | Listado de prestaciones o procedimientos que otorgará el establecimiento.   |    |    |     |
| 9  |                  | Copia de convenio con terceros en caso de otorgar algún servicio (rayos, retiro de material corto punzante, esterilización, entre otros).   |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>  |                  |   |    |    |     |
|  |                  |   |    |    |     |
|  |                  |   |    |    |     |
|  |                  |   |    |    |     |

| RECURSOS HUMANOS   |                        |  |    |    |     |
|--|------------------------|--|----|----|-----|
| <b>OBJETIVO:</b>   |                        |  |    |    |     |
| Documentar el cumplimiento de la normativa vigente aplicable a los recursos humanos. |                        |  |    |    |     |
| <b>DIRECTOR (A) CECOSF</b>   |                        |  |    |    |     |
| ÍTEM   | D.S. 58/2008 Anexo 2   | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 10   | 44                     | El Director (a) es un(a) Profesional del área de la Salud y / o de la administración.  |    |    |     |
| 11   | 44                     | Aceptación escrita del cargo del Director Técnico.   |    |    |     |
| 12   | 44                     | Copia legalizada del título profesional.   |    |    |     |
| 13   | 46                     | Se han definido las funciones y responsabilidades del director(a) (Incluir en carta de aceptación).  |    |    |     |
| 14   | 47                     | Se define la responsabilidad sobre los aspectos técnicos y administrativos del establecimiento (incluir en carta de aceptación).   |    |    |     |
| <b>DIRECTOR (A) TÉCNICO(A) DE SALAS DE PROCEDIMIENTOS</b>                            |                        |  |    |    |     |
| ÍTEM   | D.S. 283/1997          | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 15   | Art. 3º Inciso 2       | Nombre y domicilio del Director Técnico.   |    |    |     |
| 16   | Art. 3º Inciso 2       | Fotocopia Cédula de Identidad del Director Técnico.  |    |    |     |
| 17   | Art. 3º Inciso 2       | Horario en que se encontrará el Director Técnico en el establecimiento.  |    |    |     |
| 18   | Art. 3º Inciso 2       | Carta de aceptación de la Dirección Técnica.   |    |    |     |
| 19   | Art. 5                 | Declaración jurada simple del Director Técnico que conoce la normativa sanitaria aplicable y que los antecedentes entregados son fidedignos.   |    |    |     |
| 20   | DS 58/2008 Anexo 2Nº45 | El responsable técnico es un(a) profesional del área de la salud con formación asistencial (médico, enfermera, kinesiólogo, dentista, matrona).  |    |    |     |
| 21   | Art. 3º Inciso 2       | El Director Técnico podrá estar a cargo de una o más salas de procedimientos.  |    |    |     |
| <b>HABILITACIÓN PROFESIONAL Y TECNICA</b>  |                        |  |    |    |     |
| ÍTEM   | D.S. 283/1997          | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 22   | Art. 3º, letra f       | Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con sus certificados de títulos o registro en la Superintendencia de Salud. (Una vez que entre en funciones, deberá remitir a la SEREMI de Salud, la nómina del personal que labora ahí, al momento de entrega documental será exigible la formalización de RRHH Director técnico y manipuladores equipo rayos y autoclave si corresponde). |    |    |     |
| ÍTEM   | D.S. 58/2008 Anexo 2   | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 23   | 41                     | Los profesionales tienen certificado de título, copia de este u otro documento verificador.  |    |    |     |
| 24   | 42                     | Los técnicos de nivel medio y técnicos de nivel superior de Enfermería tienen certificado de título o copia de este u otro documento verificador.  |    |    |     |
| 25   | D.S. 90/2015           | Los auxiliares de Enfermería y auxiliares paramédicos tienen certificado de competencias.  |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>  |                        |  |    |    |     |
|  |                        |  |    |    |     |
|  |                        |  |    |    |     |

| <b>REGLAMENTO INTERNO DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO</b>  |                         |   |    |    |     |
|---|-------------------------|---|----|----|-----|
| <b>OBJETIVO:</b>  |                         |   |    |    |     |
| Prevenir y proteger a los pacientes, personal y público, de los riesgos sanitarios y de siniestros que puedan ocurrir en sus instalaciones. |                         |   |    |    |     |
| ÍTEM  | D.S. 58/2008<br>Anexo 2 | REQUISITOS  | SI | NO | N/A |
| 26  | 6                       | El establecimiento cuenta con Procedimiento sobre las acciones a realizar en caso de accidentes.  |    |    |     |
| 27  | 7                       | El establecimiento cuenta con documento referente a los elementos de protección al personal de acuerdo a riesgos derivados de las funciones asignadas.          |    |    |     |
| 28  | 8                       | El establecimiento tiene Programa Prevención Riesgos y Plan de Emergencia.  |    |    |     |
| <b>El Programa Prevención Riesgos atingente al establecimiento incluye:</b>   |                         |   |    |    |     |
| 29  | 9                       | Identificación de los principales riesgos derivados de agentes químicos, físicos y biológicos asociados a la actividad que se desarrolla en el establecimiento. |    |    |     |
| 30  | 10                      | Acciones para prevenir accidentes e incidentes de los principales riesgos involucrados.   |    |    |     |
| <b>El Plan de Emergencia que incluye al menos:</b>  |                         |   |    |    |     |
| 31  | 11                      | Identificación de los medios técnicos y humanos de protección disponibles.  |    |    |     |
| 32  | 12                      | Definición de los planes de actuación en caso de emergencia, por accidentes o siniestros (incendios, sismos, etc.).   |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>   |                         |   |    |    |     |
|   |                         |   |    |    |     |
|   |                         |   |    |    |     |
| <b>CONDICIONES DE SEGURIDAD GENERAL</b>   |                         |   |    |    |     |
| <b>OBJETIVO:</b>  |                         |   |    |    |     |
| Disponer de instalaciones acordes con los requerimientos los usuarios y prestaciones.   |                         |   |    |    |     |
| <b>CONDICIONES DE SEGURIDAD GENERAL PARA BODEGA DE ALIMENTOS</b>  |                         |   |    |    |     |
| ÍTEM  | D.S. 977/1996           | REQUISITOS  | SI | NO | N/A |
| 33  | Art. 41, 43, 44, 64, 69 | Existe un Programa escrito de limpieza y sanitización (preoperacional y operacional).   |    |    |     |
| 34  | Art. 47, 69             | Existe un Programa escrito de control de plagas y cuenta con los registros correspondientes.  |    |    |     |
| 35  | Art. 48                 | La empresa a cargo del Programa de aplicación de agentes químicos o biológicos para el control de plagas cuenta con Autorización Sanitaria.                     |    |    |     |

| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS                    |                              |  |    |    |     |
|--|------------------------------|--|----|----|-----|
| ÍTEM   | D.S. 58/2008 Anexo 2         | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 36   | 13                           | Procedimiento de manejo, traslado y disposición de productos terapéuticos, radiactivos, muestras, especímenes, dentro y fuera del establecimiento.                             |    |    |     |
| 37   | 14                           | Procedimientos de conservación, custodia de estupefacientes, psicotrópicos y productos farmacéuticos.  |    |    |     |
| 38   | 15                           | Procedimiento de manejo y distribución material, insumos, equipos.   |    |    |     |
| 39   | 16                           | Procedimiento de manejo, retiro y disposición de material, insumos, equipos.   |    |    |     |
| 40   | 17 al 21                     | Procedimiento de rutina de limpieza y aseo general del establecimiento.  |    |    |     |
| 41   | 22                           | Procedimiento de limpieza de sistema de climatización (equipos de aire, filtros, rejillas y otros).  |    |    |     |
| 42   | D.S. 977/1996 Art.69, 38, 25 | Programa de mantenencias preventivas de las instalaciones, equipos y utensilios.   |    |    |     |
| 43   | 23                           | Procedimientos para el manejo, retiro y disposición final de residuos del establecimiento.   |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                            |                              |  |    |    |     |
|  |                              |  |    |    |     |
|  |                              |  |    |    |     |
| NÓMINA DE EQUIPAMIENTO; DETALLANDO LO SIGUIENTE: |                              |  |    |    |     |
| ÍTEM   | D.S. 283/1997                | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 44   | Art. 3º, letra h             | <b>Descripción de equipamiento e instrumental (listado) señalando marca y modelo, así como las instalaciones (recintos tanto generales como clínicos) en que se dispondrá.</b> |    |    |     |
| <b>La descripción incluye:</b>                   |                              |  |    |    |     |
| 45   | Art. 3º, letra h             | Cantidad de cada uno   |    |    |     |
| 46   | Art. 3º, letra h             | Marca  |    |    |     |
| 47   | Art. 3º, letra h             | Modelo   |    |    |     |
| 48   | Art. 3º, letra h             | Año de Fabricación   |    |    |     |
| 49   | Art. 3º, letra h             | Función  |    |    |     |
| 50   | Art. 3º, letra h             | Nº de serie si corresponde   |    |    |     |
| 51   | D.S. 594/99 Art.36           | Certificación de mantenimiento equipos antiguos o de calibración y puesta en marcha de equipos nuevos  |    |    |     |
| 52   | 18                           | Libro Foliado para inspección sanitaria  |    |    |     |
| 53   | 18                           | Libro Foliado para sugerencias y reclamos  |    |    |     |
| 54   | 13-23                        | Manuales de procedimientos de las actividades asegurando calidad de la atención, equipos y seguridad visados por el Director Técnico y Propietario del establecimiento.        |    |    |     |

| Otros documentos formales requeridos:             |                                |   |  |  |  |
|---|--------------------------------|---|--|--|--|
| 55  | DFL 725/1969<br>Art 9º letra f | Resolución de Exención de Pago.   |  |  |  |
| 56  | DFL 725/1969<br>Art 9º letra f | Solicitud de Exención de pago.  |  |  |  |
| 57  | 31                             | Declaración Sistema de Registro (manuales o computacionales) de atención, ficha individual y otros. |  |  |  |
| Copias separadas de autorizaciones sanitarias de: |                                |   |  |  |  |
| 58  | DS 20/2012                     | Laboratorios clínicos.  |  |  |  |
| 59  | DS 20/ 2012                    | Sala de Toma de Muestras.   |  |  |  |
| 60  | DS 6/2009                      | Sala de Residuos Asociados a la Atención de Salud (REAS).   |  |  |  |
| 61  | DS 10/2012                     | Operadores de calderas y autoclaves.  |  |  |  |
| 62  | DS 10/12                       | Registro de calderas y autoclaves.  |  |  |  |
| 63  | DS 133/1984                    | Salas de Rayos y Autorización de desempeño.   |  |  |  |
| 64  | DS 466/84                      | Botiquín o Farmacia.  |  |  |  |
| OBSERVACIONES:                                    |                                |   |  |  |  |
|   |                                |   |  |  |  |
|   |                                |   |  |  |  |

### C. PAUTA DE CHEQUEO VISITA INSPECTIVA CECOSF

#### II. ORGANIZACIÓN SISTEMA DE REGISTROS

| SISTEMA DE REGISTROS   |                         |  |    |    |     |
|--|-------------------------|--|----|----|-----|
| ÍTEM   | D.S. 58/2008<br>Anexo 2 | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 65   | 31                      | Existe un sistema que asegura el archivo y la conservación de los registros de las atenciones de salud proporcionada por el establecimiento por un período mínimo de 15 años a contar de la fecha de la última atención realizada a cada paciente. |    |    |     |
| 66   | 32                      | Existe un sistema para proteger la confidencialidad de la información contenida en los registros del establecimiento.  |    |    |     |
| El establecimiento cuenta con sistemas de registros clínicos e información estadística que mantendrá el establecimiento, que incluyen al menos lo siguiente: |                         |  |    |    |     |
| 67   | 33                      | Registros Estadísticos.  |    |    |     |
| 67   | 35                      | Registro de atenciones realizadas.   |    |    |     |
| 68   | 36                      | Registros Clínicos.  |    |    |     |
| 69   | 37                      | Ficha clínica individual o sistema de registro individual por paciente.  |    |    |     |
| 70   | 38                      | Registros de atención profesional.   |    |    |     |
| 71   | 39                      | Formato Carné de atención.   |    |    |     |

|                       |                |   |  |  |  |
|-----------------------|----------------|---|--|--|--|
| 72                    | 40             | Registros Enfermedades de Notificación Obligatoria.           |  |  |  |
| 73                    | D.S. 460/1970  | Certificado de Defunción.                                     |  |  |  |
| 74                    | Ley 20585/2012 | Talonnario de Licencias Médicas o Sistema digital habilitado. |  |  |  |
| 75                    | D.S. 313/1972  | Registro de accidentes escolares.                             |  |  |  |
| 76                    | Ley 16744/1968 | Registro accidentes laborales y de tránsito.                  |  |  |  |
| 77                    | Ley 20584/2012 | Libro de registro OIRS.                                       |  |  |  |
| <b>OBSERVACIONES:</b> |                |   |  |  |  |
|                       |                |   |  |  |  |
|                       |                |   |  |  |  |

### III. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

| <b>OBJETIVO:</b>  |                      |   |    |    |     |
|---|----------------------|---|----|----|-----|
| Disponer de instalaciones acordes con los requerimientos los usuarios y prestaciones. |                      |   |    |    |     |
| <b>ACCESIBILIDAD</b>  |                      |   |    |    |     |
| ÍTEM  | D.S. 58/2008 Anexo 2 | REQUISITOS  | SI | NO | N/A |
| 78  | 48                   | Al menos una puerta de acceso principal de cada edificio donde se atiendan pacientes es accesible en forma autónoma e independiente desde el nivel de la vereda para la circulación de sillas de ruedas y para la circulación asistida de camillas. |    |    |     |
| 79  | 49                   | Escaleras cuentan con pasamanos.  |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>   |                      |   |    |    |     |
|   |                      |   |    |    |     |
|   |                      |   |    |    |     |

| <b>CONDICIONES DE SEGURIDAD GENERAL</b> |  |  |    |    |     |
|---|--|--|----|----|-----|
| ÍTEM                                    | D.S. 58/2008 Anexo 2                   | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 80                                      | 50                                     | Recintos, áreas y superficies libres de humedad y /o filtraciones.   |    |    |     |
| 81                                      | 51<br>D.S. 977/1996<br>MINSAL, Art. 25 | Los muros, puertas, pisos y superficies de trabajo clínico, zonas de almacenamiento de alimentos y baños son lavables. |    |    |     |
| 82                                      | 52<br>D.S. 594/1999                    | Instalaciones eléctricas seguras para los usuarios.  |    |    |     |
| 83                                      | 53                                     | Instalaciones sanitarias, incluyendo artefactos y grifería funcionando, sin filtraciones.                              |    |    |     |

|                       |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| 84                    | 54                                     | Sistema de abastecimiento de agua potable autorizado.  |  |  |  |
| 85                    | 55                                     | Sistema de disposición de aguas servidas autorizado.   |  |  |  |
| 86                    | 56                                     | El establecimiento cuenta con acceso estacionamiento de ambulancias/ vehículos transporte.   |  |  |  |
| 87                    | 57                                     | Las vías de evacuación están completamente señalizadas de manera clara.  |  |  |  |
| 88                    | 58                                     | Está(n) definido(s) los espacios seguros hacia donde se conducirán las evacuaciones.   |  |  |  |
| 89                    | 59                                     | Las vías de evacuación están libres de equipamiento o elementos que impidan el desplazamiento de personas.   |  |  |  |
| 90                    | 60                                     | El establecimiento tiene extintores operativos acorde al DS. 594/99.   |  |  |  |
| 91                    | 61                                     | Cuenta con mobiliario de almacenamiento de insumos clínicos y medicamentos con barrera físicas para evitar la entrada de vectores de interés sanitario o su eliminación. |  |  |  |
| 92                    | D.S. 283/1997<br>Art.10° Inciso<br>3ro | Luces de emergencia en vías de evacuación y salas de procedimientos.   |  |  |  |
| 93                    | Norma Técnica<br>003 MINVU             | Contar con grupo electrógeno o sistema respaldo de energía eléctrica para todo el establecimiento.   |  |  |  |
| <b>OBSERVACIONES:</b> |  |  |  |  |  |
|                       |  |  |  |  |  |
|                       |  |  |  |  |  |

| RECINTOS GENERALES    |                         |  |    |    |     |
|-----------------------|-------------------------|--|----|----|-----|
| ÍTEM                  | D.S. 58/2008<br>Anexo 2 | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 94                    | 62                      | Salas de espera.   |    |    |     |
| 95                    | 63                      | Servicios higiénicos para público y personal.                                |    |    |     |
| 96                    | 64                      | Los edificios tienen al menos 1 baño universal accesible a sillas de ruedas. |    |    |     |
| 97                    | 65                      | Vestuario de personal.   |    |    |     |
| 98                    | 66                      | Comedor de personal.   |    |    |     |
| 99                    | 67                      | Archivo.   |    |    |     |
| 100                   | 68                      | Bodegas.   |    |    |     |
| 101                   | 69                      | Sector o recinto de Aseo.  |    |    |     |
| 102                   | 69                      | Depósito transitorio de basuras.   |    |    |     |
| ÍTEM                  | D.S. 594/1999           |  | SI | NO | N/A |
| 103                   | Art. 5°                 | Los pavimentos y revestimientos de los pisos son sólidos y no resbaladizos.  |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b> |                         |  |    |    |     |
|                       |                         |  |    |    |     |
|                       |                         |  |    |    |     |

| ASEO  |                      |   |    |    |     |
|---|----------------------|---|----|----|-----|
| <b>OBJETIVO:</b> Disponer de espacio para limpiar y guardar materiales y equipos utilizados en labores de aseo de los recintos. |                      |   |    |    |     |
| ÍTEM  | D.S. 58/2008 Anexo 2 | REQUISITOS  | SI | NO | N/A |
| 104   | 180                  | El establecimiento cuenta con al menos un espacio destinado a limpiar y guardar materiales y equipos utilizados en labores de aseo de los recintos. |    |    |     |
| 105   | 181                  | Este espacio tiene las siguientes condiciones:  |    |    |     |
| 106   | 182                  | Depósito de lavado profundo.  |    |    |     |
| 107   | 183                  | Espacio para almacenamiento de insumos de trabajo.  |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>   |                      |   |    |    |     |
|   |                      |   |    |    |     |
|   |                      |   |    |    |     |
|   |                      |   |    |    |     |

| BOX MULTIPROPOSITO (SALA PARA ATENCIÓN CONSULTA CON EXAMEN)   |                      |                           |    |    |     |
|---|----------------------|---------------------------|----|----|-----|
| <b>OBJETIVO:</b> Disponer de recintos que permitan efectuar entrevista al paciente y sus acompañantes; examen físico en la camilla. |                      |                           |    |    |     |
| ÍTEM  | D.S. 58/2008 Anexo 2 | REQUISITOS                | SI | NO | N/A |
| 108   | 70                   | Camilla.                  |    |    |     |
| 109   | 71                   | Escabel.                  |    |    |     |
| 110   | 72                   | Un lavamanos.             |    |    |     |
| 111   | 73                   | Escritorio para registro. |    |    |     |
| 112   | 74                   | Sillas.                   |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>   |                      |                           |    |    |     |
|   |                      |                           |    |    |     |
|   |                      |                           |    |    |     |
|   |                      |                           |    |    |     |

| SALA DE PROCEDIMIENTO, BOX DE TRATAMIENTO Y CURACIÓN |                      |   |    |    |     |
|--|----------------------|---|----|----|-----|
| ÍTEM   | D.S. 58/2008 Anexo 2 | REQUISITOS  | SI | NO | N/A |
| 113  | 75                   | Camilla.  |    |    |     |
| 114  | 76                   | Escabel.  |    |    |     |
| 115  | 77                   | Cuenta con dispositivos de organización de instalaciones y equipos. |    |    |     |
| 116  | 78                   | Mobiliario para almacenar insumos clínicos limpios y estériles.     |    |    |     |

|                       |    |   |  |  |  |
|-----------------------|----|---|--|--|--|
| 117                   | 79 | <b>Área limpia con superficie lavable separado de área sucia.</b>   |  |  |  |
| 118                   | 80 | Un lavamanos.   |  |  |  |
| 119                   | 81 | Mesa para instrumental.   |  |  |  |
| 120                   | 82 | Iluminación focalizada en punto de trabajo (lámpara procedimiento).   |  |  |  |
| 121                   | 83 | Área sucia con superficie lavable y Depósito de Lavado profundo para depósito transitorio del instrumental en uso.                |  |  |  |
| 122                   | 86 | En caso de efectuar registros se requiere Superficie de apoyo para registros y estadísticas separado del mesón de trabajo limpio. |  |  |  |
| <b>OBSERVACIONES:</b> |    |   |  |  |  |
|                       |    |   |  |  |  |
|                       |    |   |  |  |  |

| <b>SALA PARA ATENCIÓN GINECO-OBSTETRICA</b> |                             |  |           |           |            |
|---|-----------------------------|--|-----------|-----------|------------|
| <b>ÍTEM</b>                                 | <b>D.S. 58/2008 Anexo 2</b> | <b>REQUISITOS</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>N/A</b> |
| 123   | 87                          | La sala está cercana o anexa a baño.   |           |           |            |
| 124   | 88                          | Camilla ginecológica.  |           |           |            |
| 125   | 89                          | Escabel.   |           |           |            |
| 126   | 90                          | Mobiliario para almacenar insumos clínicos limpios y estériles.  |           |           |            |
| 127   | 91                          | Área limpia con superficie lavable exclusiva para preparación de material e insumos clínicos.  |           |           |            |
| 128   | 92                          | un lavamanos.  |           |           |            |
| 129   | 93                          | Iluminación focalizada en punto de trabajo (lámpara).  |           |           |            |
| 130   | 94                          | Puntos de suministro energía eléctrica para equipos clínicos.  |           |           |            |
| 131   | 95                          | <b>Área sucia con superficie lavable</b> y depósito de lavado profundo para depósito transitorio del instrumental en uso, separado del mesón de material limpio. |           |           |            |
| 132   | 96                          | Escritorio para registros.   |           |           |            |
| 133   | 97                          | Sillas.  |           |           |            |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                       |                             |  |           |           |            |
|   |                             |  |           |           |            |
|   |                             |  |           |           |            |

| SALA DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS |                         |   |    |    |     |
|--------------------------------------|-------------------------|---|----|----|-----|
| ÍTEM                                 | D.S. 58/2008<br>Anexo 2 | REQUISITOS  | SI | NO | N/A |
| 134                                  | 130                     | Sillón dental que permita posición trendelemburg.   |    |    |     |
| 135                                  | 131                     | Sistema eliminación desechos:   |    |    |     |
| 136                                  | 132                     | Salivera portátil con agua circulante y desagüe con aspiración y filtro.  |    |    |     |
| 137                                  | 133                     | Sistema de aspiración baja potencia (eyector) .   |    |    |     |
| 138                                  | 134                     | Sistema aspirador de alta potencia (aspirador).   |    |    |     |
| 139                                  | 135                     | Sistema de iluminación de campo operatorio.   |    |    |     |
| 140                                  | 136                     | Compresor de aire ubicado fuera de la clínica o en caja de aislamiento acústica para turbina, motor de baja velocidad (neumático) y jeringa triple. |    |    |     |
| 141                                  | 137                     | Taburete odontólogo y auxiliar.   |    |    |     |
| 142                                  | 138                     | La sala de procedimientos odontológicos cuenta con:   |    |    |     |
| 143                                  | 139                     | Mobiliario para almacenar insumos clínicos limpios y estériles.   |    |    |     |
| 144                                  | 140                     | <b>Área limpia con superficie lavable para preparación de material e insumos, separado del área sucia.</b>  |    |    |     |
| 145                                  | 141                     | Un lavamanos.   |    |    |     |
| 146                                  | 142                     | Área sucia con superficie lavable y depósito de lavado profundo, independiente del mesón de preparación de material clínico.                        |    |    |     |
| 147                                  | 143                     | Contenedor plástico con tapa para eliminación de residuos tóxicos (amalgama / mercurio).  |    |    |     |
| 148                                  | 144                     | Negatoscopio, cuando corresponda.   |    |    |     |
| 149                                  | 145                     | Sistema de desinfección para pieza de mano /contra ángulo, de turbina y de jeringa triple.  |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                |                         |   |    |    |     |
|                                      |                         |   |    |    |     |
|                                      |                         |   |    |    |     |

| SALA MULTIUSO (SE REALIZARÁN REUNIONES Y COMEDOR PARA EL PERSONAL) |               |  |    |    |     |
|--|---------------|--|----|----|-----|
| ÍTEM   | D.S. 594/1999 | REQUISITOS   | SI | NO | N/A |
| 150  | Art. 28       | Cuenta con mesas y sillas con cubierta de material lavable y piso de material sólido y de fácil limpieza |    |    |     |
| 151  | Art. 28       | Contar con sistemas de protección que impidan el ingreso de vectores.                                    |    |    |     |
| 152  | Art. 28       | Contar con un medio de refrigeración.  |    |    |     |
| 153  | Art. 28       | Contar con cocinilla o cocina u otro dispositivo para calentar los alimentos.                            |    |    |     |
| 154  | Art. 28       | Contar con lavaplatos.   |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>  |               |  |    |    |     |
|  |               |  |    |    |     |
|  |               |  |    |    |     |

| SALA DE DESPACHO Y BODEGAS DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS |   |   |    |    |     |
|--|---|---|----|----|-----|
| ÍTEM   | D.S. 977/1996   | REQUISITOS  | SI | NO | N/A |
| 155  | 35  | Las ventanas deben tener malla contra insectos y roedores, además de protección contra robos.   |    |    |     |
| 156  | Norma técnica de los programas alimentarios, 2016. Minsal | Las puertas deben contar con chapas de seguridad como protección contra robos.  |    |    |     |
| 157  | 189   | Debe existir ventilación que permita mantener una temperatura adecuada.   |    |    |     |
| 158  | Norma técnica de los programas alimentarios, 2016. Minsal | Debe estar dotada de estanterías solo para entrega directa a público, y tarimas o pallets con resistencia adecuada en el caso de las bodegas.   |    |    |     |
| 159  | 33  | Debe contar con lavamanos.  |    |    |     |
| 160  | Norma técnica de los programas alimentarios, 2016. Minsal | La capacidad de la bodega es la necesaria para almacenar los productos alimenticios a distribuir en 1 mes.  |    |    |     |
| 161  | Norma técnica de los programas alimentarios, 2016. Minsal | La bodega cuenta con accesos expeditos que permiten el abastecimiento de los productos por parte de los proveedores desde los vehículos, considerando el uso de vehículos de tracción humana. |    |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                    |   |   |    |    |     |
|  |   |   |    |    |     |
|  |   |   |    |    |     |

| <b>SALA RX DENTAL</b>   |                                 |  |           |           |            |
|---|---------------------------------|--|-----------|-----------|------------|
| Se exigirá la Resolución de Autorización Sanitaria de Equipo de Radiaciones Ionizantes y Autorización de desempeño del operador. Cuenta con pauta específica no incluida en esta pauta. |                                 |  |           |           |            |
| <b>ÍTEM</b>   | <b>D.S. 58/2008<br/>Anexo 2</b> | <b>REQUISITOS</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>N/A</b> |
| 162   | 168                             | El establecimiento cuenta con espacio destinado a tomar RX.  |           |           |            |
| 163   | 169                             | Este espacio tiene las siguientes condiciones:   |           |           |            |
| 164   | 170                             | Las instalaciones y funcionamiento cumplen con la normativa vigente (D.S. 133 /84 y 3).  |           |           |            |
| 165   | 171                             | Las salas que utilicen radiaciones ionizantes están ubicadas en zonas de uso restringido al público                              |           |           |            |
| 166   | 172                             | Existe señalización de advertencia de exposición a Rx.   |           |           |            |
| 167   | 173                             | Personal cuenta con dosímetros personales.   |           |           |            |
| 168   | 174                             | Existen elementos de protección radiológica de pacientes y personal.   |           |           |            |
| 169   | 175                             | Existe espacio para almacenamiento de insumos de trabajo.  |           |           |            |
| 170   | 176                             | En el caso de no disponer de equipo digital área de revelado cuenta con:   |           |           |            |
| 171   | 177                             | Espacio en mesón de trabajo con revelado manual.   |           |           |            |
| 172   | 178                             | Reveladora de placas.  |           |           |            |
| 173   | 179                             | El establecimiento define un sistema de desecho de líquidos residuales del procedimiento de revelado acorde a normativa vigente. |           |           |            |
| <b>OBSERVACIONES:</b>   |                                 |  |           |           |            |
|   |                                 |  |           |           |            |
|   |                                 |  |           |           |            |

\*Lo referido a manejo de residuos en CECOSF se adjunta en Anexo 1

## D. FORMULARIOS PARA SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE OPERACIÓN DE INSTALACIONES RADIOACTIVA DE 2º CATEGORÍA Y AUTORIZACIÓN DE DESEMPEÑO.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|    |  | <b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE OPERACIÓN DE INSTALACIONES RADIOACTIVAS Y EQUIPOS DE 2ª y 3ª CATEGORÍA</b> |  |
| <b>1.- INSTITUCIÓN O EMPRESA/PERSONA NATURAL</b>  |  |  |  |
| RUT   | Nombre o Razón Social  |  |  |
| Dirección   |  |  |  |
| Comuna  | Ciudad   | Región   |  |
| Teléfono Fijo   | Teléfono Celular   | Correo Electrónico   |  |
| <b>2.- REPRESENTANTE LEGAL</b>  |  |  |  |
| RUN   | Nombre y Apellidos   |  |  |
| Teléfono Fijo   | Teléfono Celular   | Correo Electrónico   |  |
| <b>3.- INSTALACIÓN RADIOACTIVA O EQUIPO</b>   |  |  |  |
| Dirección   |  |  |  |
| Comuna  | Ciudad   | Región   |  |
| Coordenadas UTM WGS84, las que contienen 6 y 7 cifras respectivamente (sólo para instalaciones fijas con fuentes radiactivas) |  |  |  |
|   | X  | Y  |  |
| ÁMBITO  |  | USO  |  |
| Médico  | Industrial   | Rayos X  | Otros Usos                             |
| Dental  | Mínero   | Medicina nuclear   | Control de equipajes                   |
| Veterinario   | Investigación  | Radioinmunoensayos (RIA)   | Almacenamiento transitorio             |
| Otro  |  | Otro   |  |
| TIPO DE INSTALACIÓN O EQUIPO  | Fijo   | Móvil  |  |
| <b>4.- CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO</b>   |  |  |  |
| <b>4.1.- PARA EL CASO DE GENERADOR DE RAYOS X</b>   |  |  |  |
| Equipo  | Marca  | Modelo   | Nº Serie                               |
| Nº serie tubo   | kV máx.  | mA máx.  |  |
| <b>4.2.- PARA EL CASO DE FUENTE (S) RADIOACTIVA(S)</b>  |  |  |  |
| Equipo  | Marca  | Modelo   | Nº Serie                               |
| Radioisótopo 1  | Actividad inicial en Bq  | Fecha de calibración   | Nº serie                               |
| Radioisótopo 2  | Actividad inicial en Bq  | Fecha de calibración   | Nº serie                               |
| <b>5.- RESPONSABLE DE LA SEGURIDAD RADIOLÓGICA</b>  |  |  |  |
| RUN   | Nombre y Apellidos   |  |  |
| Teléfono Fijo   | Teléfono Celular   | Correo Electrónico   |  |
| Profesión   | Nº Resolución / Fecha / SEREMI de Salud que la otorga  |  |  |
| <b>6.- SERVICIOS PRESTADOS POR TERCEROS</b>   |  |  |  |
| Servicio  | Empresa / Dirección  | Nº de Teléfono   |  |
| Dosimetría personal   |  |  |  |
| Mantenimiento equipos   |  |  |  |
| Disposición de residuos   |  |  |  |
| <b>7.- ANTECEDENTES A ADJUNTAR</b>  |  |  |  |
| a)  | ACREDITAR OTRAS DE LAS SIGUIENTES PROVISIONES DEL REGLAMENTO N.º 14.812:   |  |  |
| b1)   | Plano o croquis general de planta de la instalación radiactiva, indicando: dimensiones; partes blindadas; ubicación del equipo; uso de las áreas confinadas; caso el caso de almacenamiento transitorio de fuentes radiactivas deberá acreditar memoria de cálculo de blindas.   |  |  |
| c)  | Copia del manual de operación del equipo en español (recolectaciones técnicas), si corresponde.  |  |  |
| d)  | Procedimientos de protección radiológica operacional y procedimiento para emergencia radiactiva.   |  |  |
| e)  | Copias de las autorizaciones de desempeño vigente de todo el personal.   |  |  |
| f)  | Último informe diagnóstico o control de dosimetría de todo el personal ocasionalmente expuesto.  |  |  |
| g)  | En el caso que la técnica emplee medios sellados, se debe indicar la forma de su custodia y disposición final.   |  |  |
| h1)   | En instalaciones con instalación de fuentes radiactivas, como RIA, Medicina nuclear, investigación, etc.; y de equipos con fuentes radiactivas selladas, fijas o móviles, como medidores de densidad, medidores de humedad, lectores de subdos, medidores de nivel, etc.; debe entregarse un procedimiento para la custodia de los desechos radiactivos. |  |  |
| h2)   | En el caso de equipos con fuentes radiactivas selladas, se debe acreditar la copia la autorización sanitaria de importación, copia de ficha y copia de autorización sanitaria para el almacenamiento transitorio de material radiactivo.   |  |  |
| h3)   | Certificado de compra o mantenimiento del equipo, en el caso de equipos orientados de radiaciones ionizantes (Rayos X).  |  |  |
| La falta de alguno de estos antecedentes, será motivo suficiente para rechazar esta solicitud                                 |  |  |  |
| Fecha:  |  |  | Nombre y Firma del Representante Legal |
| Quien suscribe declara que la información contenida en la presente solicitud y los documentos adjuntos son verídicos          |  |  |  |

## E. SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE DESEMPEÑO PARA TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS A RADIACIONES IONIZANTES (TODAS LAS CATEGORÍAS).

|  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
|   | <b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE DESEMPEÑO EN INSTALACIONES RADIATIVAS DE 1ª, 2ª o 3ª CATEGORÍA</b> |                                      |
|  | <input type="checkbox"/> Primera vez   | <input type="checkbox"/> Renovación  |
| <b>1.- DATOS DEL SOLICITANTE</b>   |  |                                      |
| RUN  | Nombre y Apellidos   |                                      |
| Dirección  |  |                                      |
| Comuna   | Ciudad   | Región                               |
| Teléfono Fijo  | Teléfono Celular   | Correo Electrónico                   |
| <b>2.- CAPACITACIÓN EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA</b>  |  |                                      |
| Nombre del curso   |  |                                      |
| Nº Resolución / Fecha / SEREMI de Salud que la otorga  |  |                                      |
| Duración (horas)   | Institución que impartió el curso  |                                      |
| <b>3.- ANTECEDENTES A ADJUNTAR</b>   |  |                                      |
| <b>3.1.- PARA OBTENCIÓN POR PRIMERA VEZ</b>  |  |                                      |
| a) Licencia de enseñanza media o su equivalente.<br>b) Certificado de aprobación de Curso de Protección Radiológica con número de Resolución.<br>c) Fotocopia de Cédula de Identidad por ambos lados.  |  |                                      |
| De no cumplir con los puntos a) y b) deberá acreditar:   |  |                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de competencia en que conste su idoneidad para el cargo que desempeña, con una experiencia mínima de tres años en el uso de equipos generadores de radiación ionizante y/o manipulación de sustancias radiactivas.</li> <li>• Certificado de Historial Dosimétrico, emitido por el Instituto de Salud Pública.</li> </ul> |  |                                      |
| Cuando esta SEREMI de Salud lo estime conveniente, podrá exigir que el solicitante rinda un examen acerca de materias de protección radiológica.   |  |                                      |
| <b>3.2.- PARA RENOVACIÓN</b>   |  |                                      |
| a) Certificado de Historial Dosimétrico de los últimos 3 años emitido por el Instituto de Salud Pública de Chile.<br>b) Copia de la Resolución a renovar.<br>c) Fotocopia de Cédula de Identidad por ambos lados.  |  |                                      |
| La falta de alguno de estos antecedentes, será motivo suficiente para rechazar esta solicitud  |  |                                      |
| <b>4.- OTRAS CONSIDERACIONES</b>   |  |                                      |
| 4.1.- Para el caso de la renovación de la autorización de desempeño, si se acredita el certificado de historial dosimétrico con periodos que no registra (NR) dosis de radiación, el solicitante deberá justificar la ausencia de dosimetría personal en los periodos señalados.   |  |                                      |
| 4.2.- La solicitud debe ser presentada por el titular, de lo contrario, se deberá adjuntar un poder simple de la persona que realiza el trámite en la SEREMI de Salud.   |  |                                      |
| 4.3.- Es responsabilidad del trabajador, mientras esté trabajando expuesto a radiaciones ionizantes, mantener vigente su autorización de desempeño.  |  |                                      |
| 4.4.- Es responsabilidad del empleador proporcionar un dosímetro personal al trabajador ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.  |  |                                      |
| La falta de alguno de estos antecedentes, será motivo suficiente para rechazar esta solicitud  |  |                                      |
| Fecha: _____   |  | Nombre y Firma del solicitante _____ |
| Quien suscribe declara que la información contenida en la presente solicitud y los documentos adjuntos son verídicos   |  |                                      |

F. SOLICITUD PARA REGISTRO DE CALDERAS Y AUTOCLAVES.



**SOLICITUD PARA OTORGAR NÚMERO DE REGISTRO DE CALDERAS Y AUTOCLAVES - D.S. N° 10/2012**

| 1.- PROPIETARIO DEL EQUIPO  |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
|---|-----------------------------|---|---|---|------------------------------------|--|--------|---|---|
| RUT   |                             | Nombre o Razón Social                                 |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Dirección   |                             |   |   |   | Comuna                             |  |        |   |   |
| Ciudad  |                             |   | Región  |   | Org. Administrador Ley 16.744      |  |        |   |   |
| Teléfono Fijo   |                             |   | Teléfono Celular  |   | Correo Electrónico                 |  |        |   |   |
| N° operadores   |                             |   | CAD   |   | CIU                                |  |        |   |   |
| 2.- REPRESENTANTE LEGAL   |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| RUN   |                             | Nombre y Apellidos                                    |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Dirección Comercial   |                             |   |   |   | Comuna                             |  |        |   |   |
| Ciudad  |                             |   | Región  |   | Comuna                             |  |        |   |   |
| Teléfono Fijo   |                             |   | Teléfono Celular  |   | Correo Electrónico                 |  |        |   |   |
| 3.- INSTALACIÓN DEL EQUIPO  |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Dirección   |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Comuna  |                             |   | Ciudad  |   | Localidad                          |  | Región |   |   |
| Coordenadas UTM WGS84, las que contienen 6 y 7 cifras respectivamente (sólo para calderas de vapor fijas)             |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
|   |                             |   |   |   |                                    |  |        | X | Y |
| ÁMBITO  |                             |   |   |   | USO                                |  |        |   |   |
| Caldera de vapor de gran presión  | Caldera de fluidos térmicos | Industrial  | Sanitario   |   |                                    |  |        |   |   |
| Caldera de vapor de alta presión  | Caldera de agua caliente    | Calefacción   | Clinico   |   |                                    |  |        |   |   |
| Caldera de vapor de mediana presión   | Caldera de calefacción      | Laboratorio   | Generación Energía  |   |                                    |  |        |   |   |
| Caldera de vapor de baja presión  | Autoclave                   | Empresas de alimento                                  | Otros   |   |                                    |  |        |   |   |
| 4.- CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO  |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| 4.1.- PARA EL CASO DE CALDERAS DE VAPOR   |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Fabricante  |                             | N° de fábrica   |   | N° serie                                |                                    | Año fabricación                                |        |   |   |
| Año modificación  |                             | Presión de diseño (Kg/cm²)                            |   |   | Presión máxima de trabajo (Kg/cm²) |  |        |   |   |
| Presión de trabajo (Kg/cm²)   |                             | Producción de vapor (Kg/h - Ton/h)                    |   |   | Tipo de combustible                |  |        |   |   |
| Consumo combustible (Kg/h - m³/h - l/h)   |                             |   |   | Superficie de calefacción (m²)          |                                    | Volumen agua equipo (l-m³)                     |        |   |   |
| Tipo de aislación térmica del equipo y red de distribución  |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| 4.2.- PARA EL CASO DE CALDERAS POR AGUA, USO CALEFACCIÓN Y/O SANITARIA  |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Fabricante  |                             | N° de fábrica   |   | N° serie                                |                                    | Año fabricación                                |        |   |   |
| Año modificación  |                             | Volumen de agua equipo (l - m³)                       |   | Tipo de combustible                     |                                    | Consumo combustible (Kg/h - m³/h - l/h)        |        |   |   |
| Tipo de aislación térmica del equipo y red de distribución  |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| 4.3.- PARA EL CASO DE CALDERAS CON FLUIDOS TÉRMICOS   |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Fabricante  |                             | N° de fábrica   |   | N° serie                                |                                    | Año fabricación                                |        |   |   |
| Año modificación  |                             | Volumen de fluido equipo (l - m³)                     |   | Tipo de combustible                     |                                    | Consumo combustible (Kg/h - m³/h - l/h)        |        |   |   |
| Tipo de fluido  |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Tipo de aislación térmica del equipo y red de distribución  |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| 4.4.- PARA EL CASO DE AUTOCLAVES  |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Fabricante  |                             | N° de fábrica   |   | N° serie                                |                                    | Año fabricación                                |        |   |   |
| Año modificación  |                             | Volumen del equipo (l - m³)                           |   | Tipo de combustible o energía utilizada |                                    |  |        |   |   |
| Presión de diseño (Kg/cm²)  |                             | Presión máxima de trabajo (Kg/cm²)                    |   | Presión de trabajo (Kg/cm²)             |                                    |  |        |   |   |
| Genera vapor  |                             |   |   | Recibe vapor                            |                                    | Número de cuerpos de presión                   |        |   |   |
| 5.- ACCESORIOS DE OBSERVACIÓN, SEGURIDAD Y CONTROL AUTOMÁTICO   |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Observación   |                             |   | Seguridad   |   |                                    | Control automático                             |        |   |   |
| Indicador de nivel de agua  |                             |   | Válvula de seguridad  |   |                                    | Controladores de nivel de agua                 |        |   |   |
| Manómetro   |                             |   | Sistema de alarma audible y visible                           |   |                                    | Detectores de llama                            |        |   |   |
| Medidor de temperatura de salida de gases   |                             |   | Sensores o compuertas para alivio de sobrepresión en el hogar |   |                                    | Presostato con diferencial ajustable o digital |        |   |   |
|   |                             |   | Tapón fusible   |   |                                    | Termoestado                                    |        |   |   |
| 6.- PROFESIONAL FACULTADO PARA VERIFICAR LAS CONDICIONES GENERALES DE INSTALACIÓN Y REALIZAR LAS REVISIONES Y PRUEBAS |                             |   |   |   |                                    |  |        |   |   |
| RUN   |                             | Nombre y Apellidos                                    |   |   |                                    |  |        |   |   |
| Profesión   |                             |   | Teléfono  |   | Correo Electrónico                 |  |        |   |   |
| N° de registro  |                             | N° Resolución / Fecha / SEREMI de Salud que la otorga |   |   |                                    |  |        |   |   |

**G. REQUISITOS PARA OBTENER CERTIFICADO DE COMPETENCIAS COMO OPERADOR DE CALDERA Y AUTOCLAVES.**



## SOLICITUD PARA RENDIR EXAMEN DE COMPETENCIA OPERADOR DE CALDERA DE CALEFACCIÓN, FLUIDO TÉRMICO, CALDERA DE VAPOR Y AUTOCLAVE, SEGÚN ESTABLECIDO EN EL D.S. N° 10 DEL 2012 DEL MINSAL

**Por primera vez**

**Renovación**

| 1.- ANTECEDENTES DEL INTERESADO   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| RUT   |  | -  | NOMBRE COMPLETO                                  |
| Dirección   |  |  | Comuna   |
| Ciudad  | Región   | Correo Electrónico   |  |
| Teléfono Fijo   | Teléfono Celular   |  |  |
| 2.- CERTIFICADO DE COMPETENCIA QUE POSTULA (marque con una X)   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | AUTOCLAVES   | <input type="checkbox"/>   | CALDERAS DE VAPOR DE BAJA, MEDIANA, ALTA PRESIÓN |
| <input type="checkbox"/>  | CALDERA DE CALEFACCIÓN   | <input type="checkbox"/>   | CALDERAS DE VAPOR DE GRAN PRESIÓN                |
| <input type="checkbox"/>  | CALDERAS DE FLUIDO TÉRMICO   |  |  |
| 3.- DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR   |  |  |  |
| <b>3.1</b>  | <b>AUTOCLAVES, CALDERA DE CALEFACCIÓN, CALDERA DE FLUIDO TÉRMICO, CALDERAS DE VAPOR DE BAJA, MEDIANA, ALTA PRESIÓN</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de cédula de identidad.</li> <li>- Fotocopia licencia de enseñanza media.</li> </ul>  |  |
| <b>3.2</b>  | <b>CALDERAS DE VAPOR DE GRAN PRESIÓN</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de cédula de identidad.</li> <li>- Fotocopia licencia de enseñanza media.</li> <li>- Título de nivel técnico o profesional en el área industrial.</li> <li>- Acreditar con malla curricular visada por casa de estudios que cumple con lo señalado en artículo 80 al respecto. Sólo para eximición de rendición de examen ante la autoridad sanitaria.</li> </ul> |  |
| <b>3.3.-</b>  | <b>RENOVACIÓN (De acuerdo al D.S. N°10 de 2012 del MINSAL, Disposiciones Transitorias)</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de cédula de identidad.</li> <li>- Certificado de competencia otorgado por reglamento anterior.</li> <li>- Declaración simple, indicando que conoce reglamentación actual.</li> </ul>   |  |
| <b>3.4.-</b>  | <b>NOTA</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se podrán eximir de la rendición de examen ante la autoridad sanitaria, a quienes demuestren que han obtenido esa competencia dentro del programa de estudios de una carrera que incluye esta preparación en la respectiva malla curricular, de acuerdo a lo señalado en artículo 80 del D.S. N°10 de 2012 del MINSAL.</li> </ul>   |  |
| 4.- OTRAS CONSIDERACIONES   |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traer lápiz de pasta y calculadora</li> <li>• Se prohíbe el uso de celulares.</li> <li>• La nota de aprobación mínima es de 75 %.</li> </ul> |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  | Nombre y Firma del solicitante                   |
| Fecha: ____/____/____   |  |  |  |

## H. SOLICITUD AUTORIZACIÓN SANITARIA DE SALAS O ÁREAS DE ALMACENAMIEN

Nombre de la empresa o Razón Social:  
 Teléfono: RUT:  
 Dirección (Calle): Nº:  
 Ciudad: Comuna:  
 Giro de la empresa:  
 Dirección del lugar donde se ubica el sitio de almacenamiento:  
 N° de Resolución de Calificación Ambiental si corresponde  
 a una actividad que se ha evaluado ambientalmente: fecha:  
 Tipos y cantidades de residuos a almacenar:

| Tipo de Residuo | Generación Diaria<br>(kg/día) |
|-----------------|-------------------------------|
|                 |                               |
|                 |                               |
|                 |                               |
|                 |                               |

En la solicitud se deberá adjuntar un informe en el que entregue antecedentes que justifiquen el diseño del sitio o sala de almacenamiento, el cual debe contener la siguiente información:

- 1.- Estimación de la cantidad promedio diaria para cada tipo de REAS que se generará en el establecimiento en kg/día.
- 2.- Definición de los requerimientos de capacidad para dar un adecuado almacenamiento a los distintos tipos de REAS, considerando la frecuencia de retiro del sitio o sala.
- 3.- Se debe indicar la capacidad de almacenamiento máxima por tipo de residuo en el sitio de almacenamiento.
- 4.- Determinación del número de contenedores que se requerirá almacenar.
- 5.- Identificación de tipo (reusable o desechable), capacidad y número de contenedores por tipo REAS que requerirán ser almacenados.
- 6.- Antecedentes que den cuenta del cumplimiento de los requerimientos para el sitio señalado en el Párrafo III del Título IV, del Manejo Interno, del D.S. 6/2009 de REAS.
- 7.- En el caso de que los contenedores utilizados correspondan sólo a contenedores desechables, se podrá considerar un estante o armario de materiales y diseño adecuados.

Deberá adjuntar plano en corte y planta del sitio de almacenamiento, indicando dimensiones y ubicación de los residuos dentro de éste.

**Nota:**

Requisitos generales establecidos en título III de reglamento:

- Capacidad suficiente para almacenar las diferentes categorías de residuos generadas en el establecimiento, considerando el número y tipo de contenedores y las frecuencias de recolección y de envío a eliminación.
- Contar con diseño que permita un trabajo seguro, facilitando el acceso del personal, y, cuando corresponda, la maniobra de los carros de recolección interna.
- Sectores separados y señalizados para las diferentes categorías de REAS generados en el establecimiento.
- Puertas de cierre ajustado y provisto de cerrojo que permitan el acceso y retiro de los residuos.
- Iluminación artificial y ventilación adecuada a los residuos almacenados.
- Ductos de ventilación, ventanas, pasadas de tuberías y otras aberturas similares, protegidos del ingreso de vectores de interés sanitario.
- Piso y paredes revestidas internamente con material liso, resistente, lavable, impermeable y de color claro. El piso con una pendiente de, al menos, 2% orientada hacia un sumidero conectado al sistema de alcantarillado.
- Área de lavado y desinfección de contenedores dotada de los elementos necesarios para realizar esa actividad.
- Lavamanos suficientes para permitir el aseo del personal que allí se desempeña.

## I. FORMULARIO AUTORIZACIÓN SANITARIA DE BOTIQUÍN.

|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| <br>Subdepartamento Farmacia<br>ANAMED<br>Instituto de Salud Pública | PAUTA DE CHEQUEO DE AUTORIZACIÓN DE<br>FUNCIONAMIENTO DE BOTIQUÍN | Versión:05<br>Página 1 de 2  |
|   | Cód.  | Actualización:<br>12/11/2015 |

|         |     |
|---------|-----|
| Acta N° |     |
| Fecha   | / / |

### I.- IDENTIFICACIÓN

|   |        |
|---|--------|
| Nombre del Botiquín   |        |
| Croquis coincide con lo observado                           |        |
| Resolución de autorización del establecimiento de Salud N°: | Fecha: |

MARQUE CON UN ✓ SI ES POSITIVO O CON UNA X SI ES NEGATIVO, NA CUANDO NO APLIQUE O NO CORRESPONDA.

### II.- CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA

| Normativa      |   |
|----------------|---|
| DS<br>466/1985 | Recinto circunscrito al Establecimiento Autorizado  |
|                | Pisos y muros sin grietas y de fácil limpieza   |
| DS<br>594/1999 | Pisos de material sólido no resbaladizo   |
|                | Infraestructura en buen estado de conservación  |
|                | Recinto con iluminación adecuada natural o forzada suficiente y adecuada  |
|                | Recinto con ventilación natural o forzada suficiente y adecuada   |
|                | Recinto cuenta con extintor anclado a pared, de fácil acceso con ubicación indicada con la señalética correspondiente |

### III.- ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

| Normativa      |   |
|----------------|---|
| DS<br>466/1985 | Estanterías apropiada para recibir y almacenar medicamentos, sin grietas, lisas, lavables, firmes y que permita la limpieza de pisos, murallas y cielos   |
|                | Mueble de uso exclusivo para medicamentos controlados, con llave, de material resistente y empotrado, fuera de la vista del público.  |
|                | Refrigerador (si procede el mantenimiento de medicamentos sujetos a Cadena de Frío) dotado con termómetro de máxima y mínima el cual debe funcionar de acuerdo a los requisitos indicados en la Norma de Aplicación de Cadena de Frío |
|                | Termómetro ambiental de máxima y mínima   |
|                | Planilla para registro diario de control de Temperatura Máxima y Mínima Ambiental   |
|                | Planilla para registro diario de control de Temperatura Máxima y Mínima del refrigerador  |
|                | Hoja de vida del refrigerador con especificaciones técnicas, condiciones para su instalación, fechas de mantenimiento, etc.   |

### IV.- REGLAMENTOS. MATERIAL DE CONSULTA

| Normativa            |   |
|----------------------|---|
| DS<br>466/1985       | Reglamentos de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados |
|                      | Manual o norma de cadena de frío  |
| DS 404 –<br>405/1984 | Reglamentos de Estupefacientes  |
|                      | Reglamentos de Psicotrópicos  |

|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| <br>Subdepartamento Farmacia<br>ANAMED<br>Instituto de Salud Pública | PAUTA DE CHEQUEO DE AUTORIZACIÓN DE<br>FUNCIONAMIENTO DE BOTIQUÍN | Versión:05<br>Página 2 de 2  |
|   | Cód.  | Actualización:<br>12/11/2015 |

**V.- REGISTROS OFICIALES**

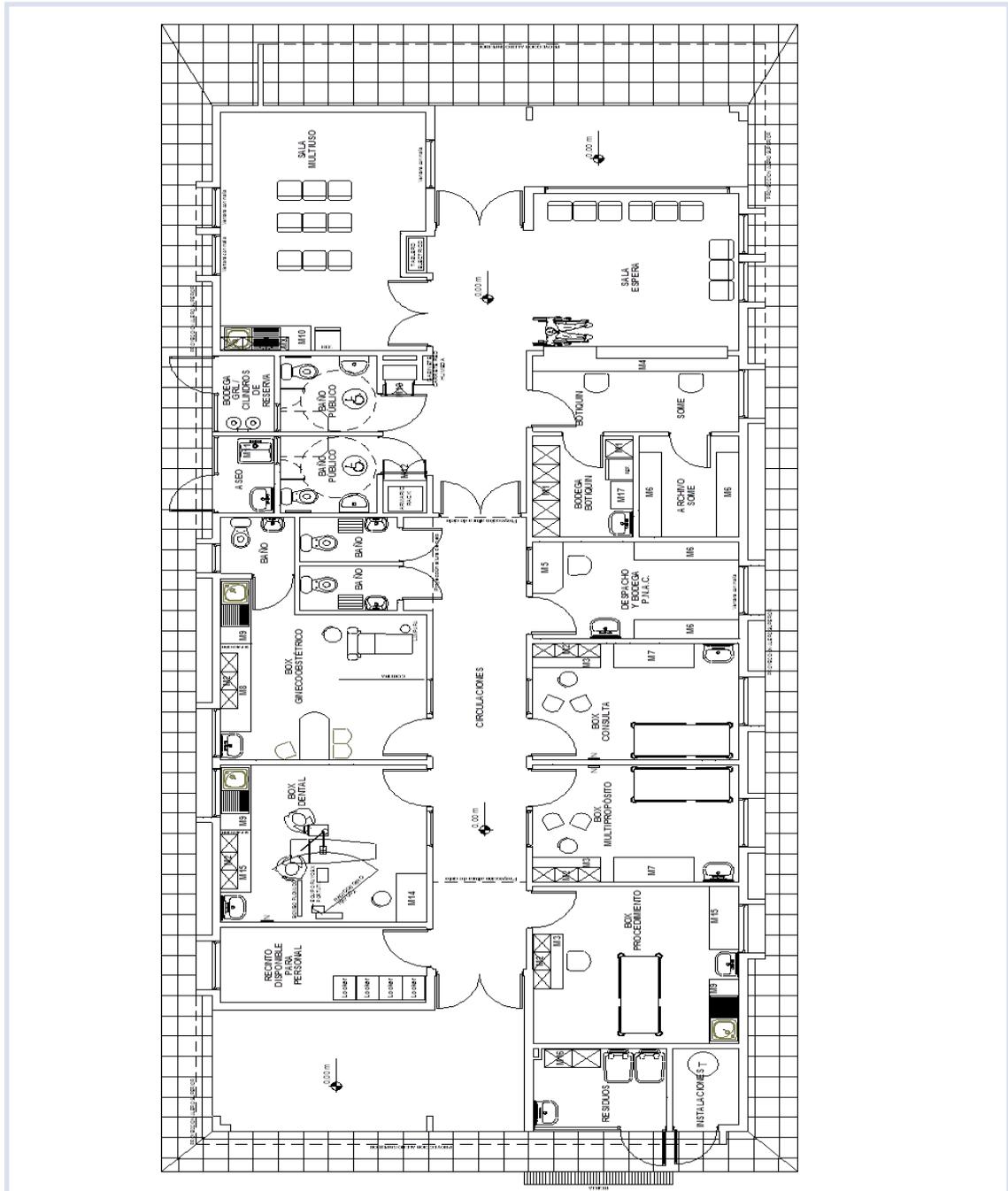
|                |  |
|----------------|--|
| Normativa      |  |
| DS<br>466/1985 | Registro de Visitas e Inspecciones del establecimiento |

**VI.- SECTOR DE TRABAJO DEL PERSONAL A CARGO DEL BOTIQUÍN**

|                |   |
|----------------|---|
| Normativa      |   |
| DS<br>466/1985 | Escritorio con silla ergonómica para encargado y personal administrativo          |
|                | Repisas para almacenamiento de libros y registros sin grietas y de fácil limpieza |
|                | Iluminación natural o forzada suficiente y adecuada                               |
|                | Lavamanos o dispensador de alcohol gel  |

**OBSERVACIONES**

### J. EJEMPLO DE PLANO CECOSF



## 8.2. REQUISITOS SOLICITUD RECEPCIÓN DE OBRA MUNICIPAL.

| PLANTILLA REVISION ANTECEDENTES RECEPCION DE OBRAS   |   |  |  |                     |           | Nº 01                      |                    |
|--|---|--|--|---------------------|-----------|----------------------------|--------------------|
| PROYECTO   | :   |  |  |                     |           |                            |                    |
| PROPIETARIO  | :   |  |  |                     |           |                            |                    |
| INGRESO  | :   |  |  |                     |           | Pendientes                 |                    |
| ETAPA  | :   |  |  |                     |           | Por Parte ITO y/o Servicio |                    |
| DIRECCION  | :   |  |  |                     |           | Por Parte de Contratista   |                    |
| FECHA INSPECCION   | :   |  |  |                     |           |                            |                    |
| SUPERFICIE   | :   |  |  |                     |           |                            |                    |
| PERMISO EDIF.  | :   |  |  |                     |           |                            |                    |
| <b>Para dar cumplimiento al trámite de Recepción de Edificación deberá cumplir con las exigencias establecidas en la O.G.U.C y la L.G.U.C.</b> |   |  |  |                     |           |                            |                    |
|  |   |  |  | <b>CUMPLIMIENTO</b> |           |                            |                    |
|  |   |  |  | <b>SI</b>           | <b>NO</b> | <b>NO APLICA</b>           | <b>RESPONSABLE</b> |
| 1.-  | Solicitud Recepción Definitiva de Obras de Edificación.   |  |  |                     |           |                            |                    |
| 2.-  | Formulario Unico Estadísticas   |  |  |                     |           |                            |                    |
| 3.-  | Patentes vigentes profesionales que intervinieron en la obra:   |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - Arquitecto  |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - Constructor   |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - Revisor Independiente (Certificado Inscripción vigente en el MINVU)   |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - Inspector Técnico de la obra (ITO) (Art. 1.2.8 O.G.U.C.)  |  |  |                     |           |                            |                    |
| 4.-  | En caso cambio profesional:   |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - Acta de cambio de profesional   |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - Carta desistimiento del profesional saliente  |  |  |                     |           |                            |                    |
| <b>presentar (Art. 5.2.6 O.G.U.C.) Y OTROS</b>   |   |  |  |                     |           |                            |                    |
| 5.-  | Informe Constructor sobre medidas de gestión y control de calidad adoptadas durante la obra y la certificación de su cumplimiento (Art. 5.8.3 y 1.2.9 O.G.U.C; Art. 143 L.G.U.C.)   |  |  |                     |           |                            |                    |
| 6.-  | Certificado Instalaciones domiciliarias de agua potable y alcantarillado (ESSAL)  |  |  |                     |           |                            |                    |
| 7.-  | Copia de las declaraciones de instalaciones interiores:   |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | (Art. 5.9.2, 5.9.3 O.G.U.C.)  |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - eléctricas interiores (SEC TE-1). Sala Eléctrica nº 2   |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - gas (SEC TC-6). Red interior.   |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - gas (SEC TC-2). Central GLP y red distribución media presión  |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - Instalación combustibles líquidos (SEC TC-4)  |  |  |                     |           |                            |                    |
|  | - gas industrial (SEC TC-7). Red interior.  |  |  |                     |           |                            |                    |
| 8.-  | Aviso de instalación y planos correspondientes a las redes y elementos de tele_ comunicaciones, cuando proceda.   |  |  |                     |           |                            |                    |
| 9.-  | Declaración instalaciones eléctricas de ascensores inscrita por el instalador autorizado en el SEC (TE-1)   |  |  |                     |           |                            |                    |
| 10.-   | Declaración instalaciones eléctricas de escaleras mecánicas inscrita por el instalador autorizado en el SEC (TE-1)  |  |  |                     |           |                            |                    |
| 11.-   | Declaración instalaciones eléctricas de montacargas inscrita por el instalador autorizado en el SEC (TE-1)  |  |  |                     |           |                            |                    |
| 12.-   | Certificado del fabricante o instalador de ascensores señalando que la instala_ ción está conforme a las normas vigentes. (Instalación y puesto en servicio)  |  |  |                     |           |                            |                    |
| 13.-   | Certificado del fabricante o instalador de Escaleras Mecánicas señalando que la instalación está conforme a las normas vigentes.  |  |  |                     |           |                            |                    |
| 14.-   | Certificado del fabricante o instalador de Montacargas señalando que la instalación está conforme a las normas vigentes.  |  |  |                     |           |                            |                    |
| 15.-   | Contrato de mantención Ascensor, Escaleras Mecánicas y Montacarga.  |  |  |                     |           |                            |                    |
| 16.-   | Copia declaración de instalaciones de calefacción, central agua caliente y aire acondicionado, emitida por el instalador, cuando proceda.   |  |  |                     |           |                            |                    |
| 17.-   | Certificados de ensayo de hormigones empleados en la obra, de acuerdo a las normas oficiales.   |  |  |                     |           |                            |                    |
| 18.-   | Certificado de Pavimentación de Obras Existentes (SERVIU) ante la verificación de la reposición de los pavimentos (con anterioridad al otorgamiento del permiso) en el espacio público que enfrenta el predio (Art. 5.2.6 O.G.U.C.) |  |  |                     |           |                            |                    |



**8.3. GRUPO PARTICIPANTE EN ELABORACIÓN DE ESTE INSTRUCTIVO Y PAUTA DE CHEQUEO**

| NOMBRE                       | CARGO/ESTABLECIMIENTO/DEPARTAMENTO  |
|------------------------------|---|
| Pamela Flores Rojas          | Dpto. de Calidad y Formación – Subsecretaría de Redes Asistenciales   |
| Manuel Arriagada Figueroa    | Jefe Dpto. de Calidad y Formación – Subsecretaría de Redes Asistenciales  |
| Solange Burgos Estrada       | DIGERA – Redes Asistenciales  |
| Andrea Seguel Pasten         | Evaluación de Proyectos Hospitalario- Subsecretaría Redes Asistenciales   |
| Ximena López Cortés          | Dpto. de Monitoreo de Obra – Subsecretaría de Redes Asistenciales   |
| Paola Manterola O.           | Dpto. de Arquitectura- Subsecretaría de Redes Asistenciales   |
| Matías Tobar Lahosa          | Dpto. de Arquitectura – Subsecretaría de Redes Asistenciales  |
| Margarita Sepúlveda D.       | Dpto. de Arquitectura – Subsecretaría de Redes Asistenciales  |
| Inés Gonzalez Soto           | DIGERA – Subsecretaría de Redes Asistenciales   |
| Verónica Vargas Benavides    | DIGERA – Puesta en Marcha- Subsecretaría de Redes Asistenciales   |
| Verónica del Fierro G.       | DIGERA – Subsecretaría de Redes Asistenciales   |
| Leticia Ávila Martínez       | DIVAP – Subsecretaría de Redes Asistenciales  |
| Oscar Guerrero Mallea        | DIVAP- Subsecretaría de Redes Asistenciales   |
| Paola Pontoni Zúñiga         | DIVAP- Subsecretaría de Redes Asistenciales   |
| Cristian Muñoz Perez         | Presupuesto- Subsecretaría de Redes Asistenciales   |
| Susana Romero Derderian      | DIGERA- Subsecretaría de Redes Asistenciales  |
| Constanza Gamboa Alvarado    | Dpto. de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud Profesionales Médicas- DIPOL- Subsecretaría de Salud Pública |
| María Elena Winsler Caviedes | Dpto. de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud Profesionales Médicas- DIPOL- Subsecretaría de Salud Pública |



