



DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SANITARIA

Unidad de Profesiones Médicas y Paramédicas

SOLICITUD DE AUTORIZACION GABINETE DE COSMETOLOGIA, DEPILACIÓN, ESTÉTICA

N° DE SOLICITUD:

N° DE SOLICITUD:	
I- ANTECEDENTES	
Nombre completo o Razón Social:	
Dirección:	
Sector o población:	Comuna:
RUT: Fono:	email:
Nombre de fantasía:	
Nombre del representante legal:	
Dirección:	
Sector o población:	Comuna:
RUT: Fono:	email:
II -ANTECEDENTES QUE SE DEBEN ADJUNTAR	
1.- Documentos que acrediten el derecho a uso del inmueble en que se instalará. 2.- Croquis de la planta física funcional y dimensionada. 3.- Documentos que acrediten el abastecimiento de agua potable, alcantarillado y luz eléctrica. 4.- Documentos de la constitución de la persona jurídica propietaria, en el caso que amerite, y los que acrediten la personería de quién la representa. 5.- Planta del personal con que funcionará el establecimiento. 6.- Fotocopia legalizada del certificado de competencia o de título del cosmetólogo que asumirá la dirección técnica. 7.- Carta de aceptación del director técnico, estableciendo el horario de trabajo. 8.- Listado de procedimientos que se realizarán en el establecimiento. 9.- Declaración del capital inicial. 10.- Libros foliados (2), que serán timbrado por la Autoridad Sanitaria (de sugerencias y reclamos de los usuarios; e inspección). 11.- Mandato Legal en caso de actuar mediante un apoderado.	
III.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE	
Decreto Supremo N°244/1975, Reglamento para el funcionamiento de los institutos de belleza y establecimientos similares	
IV -DECLARACION	
DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:	
1. Normativa Sanitaria aplicable. 2. Los requisitos establecidos en el Instructivo. 3. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la solicitud, no corresponden a la realidad, será rechazada.	
<hr/>	
Firma Propietario o Representante Legal	

V- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA

FECHA RECEPCION SOLICITUD:	
FECHA PRIMERA VISITA (PLAZO MAXIMO)	

ARANCEL

Instalación	
Funcionamiento	
0,5 % del capital inicial	
TOTAL	

APROBADO RECHAZADO: _____ FIRMA DE RECEPCION: _____

MOTIVO DEL RECHAZO: _____