

# SOLICITUD DE:



WWW.ASRM.CL

INFORME SANITARIO  
(TALLER, INDUSTRIA O BODEGA)

AUTORIZACIÓN SANITARIA  
(ELABORACIÓN / EXPENDIO ALIMENTOS)

**FOLIO N°**

AUTORIZAR POR PRIMERA VEZ

AMPLIAR GIRO ANTERIOR

## GIROS SOLICITADOS

*Roll*

|  |
|--|
|  |
|  |

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

|  |        |                                |                                |             |  |
|--|--------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|--|
| RUT ESTABLECIMIENTO O PERSONA NATURAL                  |        | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO |                                |             |  |
| CALLE  | NUMERO | LOCAL                          | DEPTO.                         | EDIF./BLOCK |  |
| VILLA/POBLACIÓN  | COMUNA |                                |                                | FONO        |  |
| EN CASO DE AMBULANTE, INDIQUE LA COMUNA EN QUE VENDERÁ |        |                                |                                |             |  |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL                         |        | RUT                            | DIRECCIÓN (CALLE, N° Y COMUNA) |             |  |
| NOMBRE AL CUAL DEBE SER EXTENDIDA LA RESOLUCIÓN        |        |                                |                                |             |  |

## SEÑALE LA UBICACIÓN DEL LOCAL EN EL MAPA

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



## ANTECEDENTES ESPECIFICOS

SUPERFICIE  
CONSTRUIDA

Mts<sup>2</sup>

HORARIO  
PRINCIPAL

DE

A

NUMERO DE  
TRABAJADORES

## VALORIZACIÓN DE SUS INSTALACIONES

1.- Equipos y maquinarias: (Valor en pesos)  
muebles e instalaciones

\$ \_\_\_\_\_

2.- Capital de trabajo: (Efectivo en caja o en banco  
destinado al funcionamiento, mercaderías, etc.)

\$ \_\_\_\_\_

3.- Total capital propio: ( 1 + 2 )

\$ \_\_\_\_\_

Esta Secretaría se reserva el derecho de cotejar esta información con los bienes e instalaciones observadas en la visita de Inspección al establecimiento

**DECLARO CONOCER Y ACEPTAR**

Los requisitos establecidos por la legislación vigente, contenidos en los instructivos aportados por esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, junto con esta solicitud.

Que si los planos, certificados y otros documentos no son entregados en esta ocasión para solicitar Informe Sanitario o en la primera visita del área Fiscalización de esta Secretaría, para la solicitud de Autorización Sanitaria, el resultado del trámite respectivo será desfavorable.

Que los datos aquí son fidedignos

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma

**ZONIFICACIÓN:** Uso exclusivo del Departamento de Obras de la Municipalidad.

**EL ESTABLECIMIENTO QUE SOLICITA ESTA UBICADO EN UNA AREA ZONIFICADA**

COMO:

|                                 | <b>PERMITIDO</b> | <b>PROHIBIDO</b> |
|---------------------------------|------------------|------------------|
| <b>SOLO RESIDENCIAS</b>         |                  |                  |
| <b>LOCALES COMERCIALES</b>      |                  |                  |
| <b>TALLERES INOFENSIVOS</b>     |                  |                  |
| <b>TALLERES MOLESTOS</b>        |                  |                  |
| <b>TALLERES PELIGROSO</b>       |                  |                  |
| <b>TALLERES CONTAMINANTES</b>   |                  |                  |
| <b>BODEGAS INOFENSIVAS</b>      |                  |                  |
| <b>BODEGAS MOLESTAS</b>         |                  |                  |
| <b>BODEGAS PELIGROSAS</b>       |                  |                  |
| <b>BODEGAS CONTAMINANTES</b>    |                  |                  |
| <b>INDUSTRIAS INOFENSIVAS</b>   |                  |                  |
| <b>INDUSTRIAS MOLESTAS</b>      |                  |                  |
| <b>INDUSTRIAS PELIGROSAS</b>    |                  |                  |
| <b>INDUSTRIAS CONTAMINANTES</b> |                  |                  |

\_\_\_\_\_  
Fecha Informe Municipal

\_\_\_\_\_  
Firma y Timbre Municipalidad