



**SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE TRANSPORTES Y  
TELECOMUNICACIONES REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO**

**SOLICITUD EXENCIÓN DE RESTRICCIÓN VEHICULAR  
PERMANENTE AÑO 2025  
(Res. Ex 1893 de 2025, Seremitt RM)**

**I.- INDIVIDUALIZACIÓN DEL SOLICITANTE/TITULAR**

<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL</b>		<b>RUT</b>
<b>REPRESENTANTE LEGAL O MANDATARIO</b>		<b>RUT</b>
<b>DOMICILIO</b>		
<b>COMUNA</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO (*)</b>	<b>FONO</b>

**2. -BENEFICIARIO (LLENAR SOLO SI ES DISTINTO DEL TITULAR)**

<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL</b>		<b>RUT</b>
<b>REPRESENTANTE LEGAL O MANDATARIO</b>		<b>RUT</b>
<b>DOMICILIO</b>		
<b>COMUNA</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO (*)</b>	<b>FONO</b>
	(*)	

(\*) El llenado de casilla electrónica que se indica en los recuadros correspondientes, se considerará como expresión suficiente del consentimiento expreso del interesado para ser notificado del resultado de esta solicitud por medios electrónicos, de conformidad con el artículo 53 del D.S. 181/2002, del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción; Reglamento de la Ley 19.799

**II.- ANTECEDENTES DEL VEHÍCULO**

<b>PLACA PATENTE</b>	
<b>MARCA</b>	
<b>MODELO</b>	
<b>AÑO</b>	



**SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE TRANSPORTES Y  
TELECOMUNICACIONES REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO**

**III.- Marque el casillero correspondiente a la causal de exención e indique el fundamento específico de su solicitud:**

- d) Vehículos importados por personas con discapacidad o por personas jurídicas sin fines de lucro, de conformidad con el artículo 48 de la ley 20422.

**MOTIVO:**

---

---

- e) Vehículos que presten habitualmente servicios para centros de rehabilitación, hospitales, clínicas u otros centros de salud, para el transporte de personas enfermas o con discapacidad, lo que deberá solicitar y acreditar el centro de salud respectivo

**MOTIVO:**

---

---

- f) Vehículos de uso particular que deban destinarse en forma habitual al transporte de personas determinadas que padezcan enfermedades que, en razón de sus tratamientos o controles, deban concurrir frecuentemente a centros de salud, lo que deberá acreditarse detalladamente en la certificación de médico habilitado o del centro de salud respectivo.

**MOTIVO:**

---

---

- g) Vehículos de uso particular que sirvan de único medio de transporte para una persona con discapacidad, lo que deberá acreditarse mediante la credencial de inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad.

**MOTIVO:**

---

---

- i) Vehículos destinados habitualmente por empresas o instituciones relacionadas con la protección de la salud, para prestar directamente servicios de asistencia, consulta o rescate médico, lo que deberá solicitar y acreditar la empresa o institución correspondiente.

**MOTIVO:**

---

---



**SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE TRANSPORTES Y  
TELECOMUNICACIONES REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO**

- j) Vehículos que presten servicio para la Comisión Chilena de Energía Nuclear en el abastecimiento de material radiactivo a hospitales y clínicas.

**MOTIVO:**

---

---

- l) Vehículos pertenecientes a canales de televisión que se encuentren debidamente equipados con antenas transmisoras para realizar contactos en directo .

**MOTIVO:**

---

---

- r) Vehículos de uso particular que deban destinarse al transporte de personas que tengan algún trastorno del espectro autista (TEA), de conformidad con la Ley 21.545 y que, en razón de dicha condición, no les resulte adecuado para su salud el utilizar medios de transporte público de pasajeros.

En caso de que la condición TEA no cuente con una calificación y certificación de discapacidad de conformidad con la ley 20.422, se deberá acreditar mediante un certificado o documento escrito, emitido por un médico habilitado, en el que conste el diagnóstico respectivo y, además, la mención expresa de que el uso de medios de transporte público de pasajeros no resulta adecuado para la condición de salud del beneficiario.

**MOTIVO:**

---

---

**OTRAS OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

FIRMA SOLICITANTE



## SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE TRANSPORTES Y TELECOMUNICACIONES REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO

### INSTRUCCIONES DE LLENADO FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN RESTRICCIÓN VEHÍCULAR PERMANENTE 2025

#### **I.- AMBITO DE APLICACIÓN DEL FORMULARIO**

El presente formulario debe ser utilizado sólo en los siguientes casos:

- a) Solicitudes presentadas por **personas jurídicas**. Para lo anterior el formulario, junto con los antecedentes pertinentes, deberá remitirse a la Secretaría Regional Ministerial de Transportes y Telecomunicaciones de la Región Metropolitana, a la casilla de correo electrónico [ofiparteseremitrm@mtt.gob.cl](mailto:ofiparteseremitrm@mtt.gob.cl)
- b) Solicitudes presentadas, de manera excepcional, **de forma presencial** en soporte de papel, en dependencias de esta Secretaría Regional, ubicadas en Amunátegui N° 123, Santiago, primer piso, de lunes a viernes, excepto festivos, entre las 9:00 y las 13:00 horas

Las solicitudes presentadas por **personas naturales** no requieren acompañar el formulario, pues se tramitarán **exclusivamente** por medio de la plataforma <https://cerofilas.subtrans.gob.cl/> para lo cual el interesado deberá acceder mediante su ClaveÚnica.

#### **II.- INDIVIDUALIZACIÓN DEL SOLICITANTE**

- Completar formulario en forma digital o bien manuscrita, con letra imprenta y legible.
- En caso de **personas naturales** (solo ingreso presencial), debe indicar su nombre, apellidos y RUT (solo para ingreso presencial en dependencias de la SEREMITT)
- Las **personas jurídicas** deben señalar su razón social y, nombre y RUT de su representante legal y acompañar la documentación legal que acredite su constitución y vigencia.
- Si solicitante (titular) y beneficiario coinciden, solo se completan datos del solicitante. Se entenderá por **beneficiario** aquella persona natural o jurídica en cuyo favor se ha establecido la exención, con independencia de la propiedad del vehículo o la institución respectiva. Ejemplo: un beneficiario es una persona con discapacidad acreditada o con enfermedad crónica. En cambio, el titular o interesado es quien está habilitado para pedir la autorización de exención, como el caso del propietario del vehículo, el representante de un centro de salud o rescate médico, el representante del canal de televisión, entre otros.

#### **II.- ANTECEDENTES DEL VEHÍCULO**

- Debe ingresar en los casilleros correspondientes, la placa patente única, marca, modelo y año del vehículo respecto del cual se solicita la exención a la restricción vehicular.

#### **III.- CAUSAL DE EXENCIÓN, MOTIVO Y DOCUMENTACION FUNDANTE**

- Debe marcar un casillero, según causal de exención de la Res 1893/2025, SEREMITT RM, e indicar una breve reseña del motivo que fundamenta la solicitud
- Debe adjuntar al formulario la documentación fundante, conforme el siguiente cuadro:



**SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE TRANSPORTES Y  
TELECOMUNICACIONES REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO**

Causal	Antecedentes que debe adjuntar al formulario
<p>d) Vehículos importados por personas con discapacidad o por personas jurídicas sin fines de lucro, de conformidad con el artículo 48 de la ley 20422.</p>	<p><b>Solicitud solo debe ser presentada por propietario del vehículo</b>            Fotocopia Certificado de Inscripción en Registro Nacional de Discapacidad (credencial de discapacidad) o Certificado de Medicina Preventiva e Invalidez del Servicio de Salud (COMPIN);            Fotocopia de Certificado de Revisión Técnica o de Homologación vigente.            Fotocopia de permiso de Circulación Vigente.</p> <p>Copia simple de la Declaración de Internación del vehículo, extendida por el Servicio Nacional de Aduanas; Certificado de Anotaciones Vigentes del R.N.V.M.            Copia simple de la Liberación de Derechos, extendida por el Servicio Nacional de Aduanas (sólo para vehículos internado por Zonas Francas)</p>
<p>e) Vehículos que presten habitualmente servicios para centros de rehabilitación, hospitales, clínicas u otros centros de salud, para el transporte de personas enfermas o con discapacidad, lo que deberá solicitar y acreditar el centro de salud respectivo.</p>	<p><b>1.- Solicitante debe ser Hospital, Clínica o Centro de Salud</b> y acreditar que realiza servicio habitual de traslado de pacientes o personas con discapacidad; el giro u objeto, contratos y, otros antecedentes, deben relacionarse con ese tipo de servicio:  <b>2.- Respeto de cada vehículo, acompañar:</b>            .- Certificado de Anotaciones Vigentes del R.N.V.M.            .- Fotocopia de Certificado de Revisión Técnica o de Homologación Vigente.            .- Fotocopia de Permiso de Circulación Vigente.</p>
<p>f) Vehículos de uso particular que deban destinarse en forma habitual al transporte de personas determinadas que padezcan enfermedades que, en razón de sus tratamientos o controles, deban concurrir frecuentemente a centros de salud, lo que deberá acreditarse detalladamente en la certificación de médico habilitado o del centro de salud respectivo</p>	<p><b>1.- Solicitante debe ser propietario del vehículo</b> y adjuntar documento emitido por centro de salud o médico habilitado, que acredite que el beneficiario, por padecer de cierta enfermedad, debe concurrir con frecuencia a centro de salud (debe detallarse en el documento dicha periodicidad, ya sea diaria, semanal u otra).            .- La condición de médico habilitado se acreditará mediante certificación de su inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, que lleva la Intendencia de Prestadores de Salud de la Superintendencia de Salud</p> <p><b>2.- Respeto del vehículo, acompañar:</b>            .- Certificado de Anotaciones Vigentes del R.N.V.M.            .- Fotocopia de Certificado de Revisión Técnica o de Homologación Vigente.            .- Fotocopia de Permiso de Circulación Vigente</p>
<p>g) Vehículos de uso particular que sirvan de único medio de transporte para una persona con discapacidad, lo que deberá acreditarse mediante la credencial de inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad</p>	<p><b>1.- Solicitante debe ser propietario del vehículo y adjuntar credencial de inscripción en</b> Registro Nacional de Discapacidad o bien copia de inscripción en el mismo  <b>2.- Respeto del vehículo, acompañar:</b>            .- Certificado de Anotaciones Vigentes del R.N.V.M.            .- Fotocopia de Certificado de Revisión Técnica o de Homologación Vigente.            .- Fotocopia de Permiso de Circulación Vigente.</p>
<p>i) Vehículos destinados habitualmente por empresas o instituciones relacionadas con la protección de la salud, para prestar directamente servicios de asistencia, consulta o rescate médico, lo que deberá solicitar y acreditar la empresa o institución correspondiente.</p>	<p><b>Solicitante debe ser empresa o institución vinculada a la protección de la salud, lo que debe acreditar con antecedentes correspondientes (autorizaciones, estatutos, contratos etc.)</b>  <b>Respeto de cada vehículo, acompañar</b>            Certificado de Anotaciones Vigentes del R.N.V.M.            Fotocopia de Revisión Técnica u Homologación vigente.            Fotocopia de permiso de Circulación Vigente.</p>



**SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE TRANSPORTES Y  
TELECOMUNICACIONES REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO**

<p>j) Vehículos que presten servicio para la Comisión Chilena de Energía Nuclear en el abastecimiento de material radioactivo a hospitales y clínicas.</p>	<p><b>Solicitud presentada únicamente por parte de COCHEN que debe adjuntar respecto de cada vehículo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. - Certificado de Anotaciones Vigentes del R.N.V.M.</li> <li>. - Fotocopia de Revisión Técnica u Homologación Vigente.</li> <li>. - Fotocopia de Permiso de Circulación Vigente.</li> </ul>
<p>l) Vehículos pertenecientes a canales de televisión que se encuentren debidamente equipados con antenas transmisoras para realizar contactos en directo.</p>	<p><b>Solicitud presentada por titular del canal de televisión</b>, la que debe indicar que los vehículos están equipados con antenas transmisoras. Además, debe adjuntar lo siguiente, respecto de cada vehículo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Certificado de Anotaciones Vigentes del R.N.V.M.</li> <li>Fotocopia de Revisión Técnica u Homologación Vigente.</li> <li>Fotocopia de Permiso de Circulación Vigente.</li> <li>Fotografías del vehículo donde conste instalación de antena correspondiente.</li> </ul>
<p>r) Vehículos de uso particular que deban destinarse al transporte de personas que tengan algún trastorno del espectro autista (TEA), de conformidad con la Ley 21.545 y que, en razón de dicha condición, no les resulte adecuado para su salud el utilizar medios de transporte público de pasajeros.</p> <p>En caso de que la condición TEA no cuente con una calificación y certificación de discapacidad de conformidad con la ley 20.422, se deberá acreditar mediante un certificado o documento escrito, emitido por un médico habilitado, en el que conste el diagnóstico respectivo y, además, la mención expresa de que el uso de medios de transporte público de pasajeros no resulta adecuado para la condición de salud del beneficiario</p>	<p><b>1.- Solicitante debe ser propietario del vehículo</b></p> <p><b>2.- Certificado emitido por medico habilitado</b> que indique expresamente que el uso de medios de transporte público de pasajeros no resulta adecuado para la condición de salud del beneficiario. En caso de acompañar el solicitante credencial de inscripción en Registro Nacional de Discapacidad o bien copia de inscripción en el mismo, a nombre del beneficiario, no será necesario adjuntar el referido certificado médico.</p> <p>La condición de médico habilitado se acreditará mediante certificación de su inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, que lleva la Intendencia de Prestadores de Salud de la Superintendencia de Salud</p> <p><b>3.- Respecto del vehículo, acompañar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. - Certificado de Anotaciones Vigentes del R.N.V.M.</li> <li>. - Fotocopia de Certificado de Revisión Técnica o de Homologación Vigente.</li> <li>. - Fotocopia de Permiso de Circulación Vigente</li> </ul>