

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Datos del propietario** (sólo Persona Natural)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | NÚMERO DE DUI |  | LUGAR DE EXPEDICIÓN | |  | | NÚMERO DE NIT | |  | NÚMERO DE CARNET DE RESIDENTE (Solo para extranjeros)v | |  |  |  | |  | |  | |  |  | | PROFESIÓN | | |  | | TELÉFONO | |  | | CORREO ELECTRÓNICO | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | DOMICILIO | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Datos de la sociedad** (sólo Persona Jurídica)   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ABREVIATURA DE LA SOCIEDAD | | | | |  | NÚMERO DE NIT | |  | | | | |  |  | | DOMICILIO SOCIAL |  | NUMERO DE INSCRIPCION |  | NUMERO DE LIBRO | | | | |  |  |  |  |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **3. Datos del Representante Legal o Apoderado** |  | REPRESENTANTE LEGAL |  | APODERADO |   NOMBRE COMPLETO | | | | | | | |  | | | | | | | | NÚMERO DE DUI |  | LUGAR DE EXPEDICIÓN |  | NÚMERO DE NIT |  | NÚMERO DE CARNET DE RESIDENTE (Solo para extranjeros) | |  |  |  |  |  |  |  | | PROFESIÓN | | |  | TELÉFONO |  | CORREO ELECTRÓNICO | |  | | |  |  |  |  | | DOMICILIO | | | | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **4. Datos del establecimiento**  TIPO DE ESTABLECIMIENTO |  | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | | | | | |  |  |  | | | | | | DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO | | | | | | | |  | | | | | | | | DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DONDE SE UBICA | | | | | |  | TELÉFONO | |  | | | | | |  |  | | HORARIO DE SERVICIO DEL ESTABLECIMIENTO (DIAS Y HORAS) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | NOMBRE DEL REGENTE | | | | | |  | NÚMERO DE JUNTA DE VIGILANCIA | |  | | | | | |  |  | | HORARIO DE SERVICIO DEL REGENTE (DIAS Y HORAS) | | | | |  | TELÉFONO |  | CORREO ELECTRÓNICO | |  | | | | |  |  |  |  | | NOMBRE DE ENCARGADO DE LABOR TÉCNICA (APLICA SÓLO PARA LABORATORIO CLÍNICO) | | | | | |  | NÚMERO DE JUNTA DE VIGILANCIA | |  | | | | | |  |  | | HORARIO DE SERVICIO DE ENCARGADO DE LABOR TÉCNICA (DIAS Y HORAS)  (APLICA SÓLO PARA LABORATORIO CLÍNICO) | | | | |  | TELÉFONO |  | CORREO ELECTRÓNICO | |  | | | | |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **5. Información adicional**  EMPRESA Y/O PROCESO PARA MANEJO DE DESECHOS BIOINFECCIOSOS | | | | | |  | | | | | | PORTAFOLIO DE SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO | |  | DETALLE DE EXÁMENES A REALIZAR (Únicamente Laboratorios Clínicos) | | |  |  | PRUEBAS BÁSICAS |  | |  |  | PRUEBAS ESPECIALES |  | |  |  | BACTERIOLOGIA |  | |  |  | PRUEBAS BASICAS, PRUEBAS ESPECIALES, BACTERIOLOGIA, BANCO DE SANGRE TIPO “A” |  | |  |  | PRUEBAS BASICAS, PRUEBAS ESPECIALES, BACTERIOLOGIA, BANCO DE SANGRE TIPO “B” |  | |  |  | PRUEBAS BASICAS, PRUEBAS ESPECIALES, BACTERIOLOGIA, BANCO DE SANGRE TIPO “C” |  | | NÚMERO DE CAMAS (Hospitales y otros que apliquen) | |  | | |  | |  | |   CUANDO NO SEA SUFICIENTE EL ESPACIO EN LA PRESENTE SECCIÓN, AGREGAR ANEXO CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS AL FINAL DEL FORMULARIO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **6. Notificaciones**  LUGAR PARA OIR NOTIFICACIONES |  | TELÉFONO | |  |  |  | | PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR DOCUMENTOS |  | E-MAIL | |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Declaración jurada** (Propietario, Representante Legal o Apoderado):*DECLARO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE FORMULARIO Y SUS ANEXOS SON VERDADEROS, Y QUE ADEMÁS CUMPLO CON LOS REQUISITOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS ESTABLECIDOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE ESTA CLASE DE ESTABLECIMIENTOS, POR LO QUE ASUMO LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS Y PENALES QUE CORRESPONDAN.*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | *ANEXOS QUE SE PRESENTAN: (MARQUE CON UNA “X”):* |  | *CROQUIS DE UBICACIÓN* |  | *CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO* |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  | | | | | | | | |  |  | |  |  |   NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. Declaración jurada** (Regente)**:** *DECLARO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE FORMULARIO Y SUS ANEXOS SON VERDADEROS, HACIÉNDOME RESPONSABLE DEL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO, ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS Y PENALES QUE CORRESPONDAN*   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | NOMBRE Y FIRMA DEL REGENTE | | |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **9. Para uso notarial** (autentica de firmas). | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **10. Espacio de uso exclusivo del CSSP**    NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA DOCUMENTACIÓN |  | FECHA DE RECEPCIÓN | |  |  |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | RECIBÍ COMPROBANTE – NOMBRE Y FIRMA | | | | |

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **11. Comprobante del solicitante**  NÚMERO DE SOLICITUD |  | FECHA DE RECEPCIÓN |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  | SELLO DE VENTANILLA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD |   PARA CONSULTA DE SU TRÁMITE EN LA VENTANILLA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA LLAMAR AL TELÉFONO 2561-2509//25612513  **ANEXO 1: Croquis de Ubicación, favor señalar los puntos cardinales (Para todos los establecimientos)agregar nombre y dirección de establecimiento. .(hacer click sobre cuadro central para insertar imagen).** | |
| **ANEXO 2: Croquis de distribución del establecimiento, favor especificar el área total en metros cuadrados (aplica para todos los establecimientos) agregar nombre y dirección de establecimiento.(hacer click sobre cuadro central para insertar imagen).** | |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**UNIDAD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

**AUTORIZACION PARA REALIZAR NOTIFICACION ELECTRONICA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS**

**(Art. 333 CS Y 170, 178 CPCM)**

Yo  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    ,

Mayor de edad, (Profesión) \_\_   , con Documento Único de Identidad Número:      , actuando en calidad de  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    ; propietario del

(Personal, Apoderado, Representante Legal, mencione nombre de la sociedad,)

Establecimiento de Salud denominado:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    ,

el cual se encuentra en:

-Proceso de apertura

-Inscrito ante el Consejo Superior de Salud Pública con el número:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    ,

ubicado en la siguiente dirección:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    de la ciudad de    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  , Departamento de:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por este medio **AUTORIZO** al Consejo Superior de Salud Pública, de conformidad a los Arts. 333 del Código de Salud, 170 y 178 del Código Procesal Civil y Mercantil, para que todo acto administrativo que tenga que ver con el proceso de inscripción del referido establecimiento, o procesos post registro, me sea notificado por medio del siguiente Correo Electrónico:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    , el cual una vez enviado me daré por notificado, siendo de mi responsabilidad, el cumplimiento de cualquier prevención que tenga que ver con el trámite de inscripción.

En la ciudad de   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    a los      días del mes de     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  de 201     .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**ANEXO 3: CONDICIONES DE SERVICIO**

I. PROPIEDAD Y ADMINISTRACION DEL PROCESO DE APERTURA DE ESTABLECIMIENTO: El Consejo Superior de Salud Pública es el ente encargado de llevar el registro de establecimientos de salud, de otorgar la Licencia de apertura y funcionamiento a establecimientos que deberán cumplir con los Requerimientos Técnicos Administrativos, para tal efecto realiza inspecciones, así garantiza el buen funcionamiento del establecimiento para que pueda brindar servicios de calidad. Estas inspecciones se basan en los Requerimientos Técnicos Administrativos, de cumplirlos el Consejo Superior de Salud Pública otorgará la Licencia de Apertura y Funcionamiento.

PROPIETARIO: "Escribir nombre del propietario o Representante Legal", solicita la inspección para apertura y funcionamiento del establecimiento "Escribir nombre del Establecimiento de Salud", ubicado en "Escribir Dirección, Ciudad, Municipio, Departamento"     **.**

II. ALCANCE DE LAS CONDICIONES DE SERVICIO DE INSPECCION: El servicio brindado por el Consejo Superior de Salud Pública estará basado en la información declarada en la solicitud de apertura, cualquier cambio en los datos declarados por el usuario significara cambios en la oferta de servicio. El Consejo Superior de Salud Pública se compromete a brindar el servicio de inspección desde la misma inspección y aplicación de Requerimientos Técnicos Administrativos hasta la entrega de la Licencia de apertura y funcionamiento si cumple con todos los requisitos exigidos.

III. COSTOS DEL PROCESO DE APERTURA Y FUNCIONAMIENTO: Los Costos por trámites de apertura: se cancela inicialmente un arancel de $114.29 en concepto de derechos de inscripción inicial y un segundo arancel en concepto de licencia y anualidad que puede ir desde $34.28 hasta $171.43, este último varía dependiendo del tipo de establecimiento a aperturar, y solo lo cancelara si aprueba la inspección.

IV. GESTIÓN DE LA IMPARCIALIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: El Consejo Superior de Salud Pública, a través de la URES, se compromete a mantener en secreto toda información confidencial obtenida durante el proceso de inspección de apertura de establecimientos de salud y dar un servicio imparcial y transparente a los usuarios. Sin embargo, la URES como organismo rector está autorizada para entregar toda información requerida a las autoridades estatales competentes cuando por ley sea requerido.

V. CONDICIONES ESPECIALES:

El propietario del establecimiento, debe proveer al Consejo Superior de Salud Pública toda la información que sea necesaria para realizar la inspección.

El propietario del establecimiento **solo tendrá derecho a una inspección, de no aprobarla deberá iniciar nuevamente el trámite.** El primer arancel por $114.29 no será reembolsable.

Notificar al Consejo Superior de Salud Pública, a través de atención al usuario de la URES, por escrito cualquier queja que tenga que ver con el proceso de apertura de establecimientos de salud.

Cuando el presente acuerdo este firmado por parte del propietario del establecimientoy este decida suspender el proceso por apertura antes, durante y después de la inspección, el Consejo Superior de Salud Pública retendrá el 100 % del primer arancel correspondiente a $114.29.

En el caso que la inspección sea suspendida en cualquier momento por parte del usuario, se dará por finalizada, y el propietario del establecimiento deberá iniciar nuevamente el trámite por apertura.

Con el fin de realizar un proceso de apertura satisfactorio y cumplir con los tiempos pactados, el propietario o representante legal del establecimientose compromete a facilitar el tiempo necesario al inspector, así como el personal que estará presente durante el desarrollo de la inspección, sin interrupciones ni atrasos. La inspección en sitio se realizará dentro del plazo máximo de 10 días hábiles luego de ser aceptado el formulario de autorización de apertura de establecimientos de salud en la URES, previa notificación por el inspector vía correo electrónico o en su defecto vía telefónica.

El propietario del establecimiento deberá cumplir con el 100% de Requerimientos Críticos y el 80% de Requerimientos Mayores, caso contrario deberá iniciar nuevamente el trámite por apertura ya que solo tiene derecho a una inspección.

En los casos en que se programe la inspección pero a solicitud del propietario del establecimiento se suspenda ya sea por caso fortuito o fuerza mayor, deberá justificar por escrito y adjuntar evidencia en la Unidad de Registro de Establecimientos, para reprogramar la inspección en tres días hábiles, caso contrario iniciara nuevamente el trámite.

El propietario del establecimientose compromete a proteger la integridad y salud del inspector dentro de las instalaciones del establecimiento. El inspector del Consejo Superior de Salud Pública deberá prevenir posibles daños a su salud e integridad durante el desarrollo de la inspección.

El propietario del establecimientodebe conocer y cumplir con todas las disposiciones requeridas en el proceso de apertura divulgados en la página web del Consejo Superior de Salud Pública o en la oficina de atención al usuario de la URES.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO