

**SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DE REALIZACIÓN DE PRUEBA DE ANTÍGENOS PARA DETECTAR SARS-CoV-2 (CAUSANTE DE COVID-19)**

Señores(as) Consejo Superior de Salud Pública:

 Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, (profesión u oficio) del domicilio de, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Documento Único de Identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y con Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, propietario(a) del establecimiento denominado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, situado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito en este Consejo bajo el número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a Ustedes atentamente **SOLICITO:**

 Se autorice al Laboratorio Clínico mencionado para poder realizar la **PRUEBA DE ANTÍGENOS PARA DETECTAR SARS-CoV-2 (CAUSANTE DE COVID-19)**.

 Comisiono a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para recibir documentos, asimismo, autorizo al Consejo Superior de Salud Pública, para que todo acto administrativo me sea notificado por medio del siguiente Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pudiendo ser contactado(a) también a los siguientes números telefónicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

San Salvador, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del dos mil \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 Firma del propietario(a) Nombre, firma y sello del Regente

**NOTA:**

1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar la firma autenticada por Notario (Art. 5 de la Ley de Procedimientos Administrativos) y deberá presentarse juntamente con la declaración jurada, de la cual se encuentra el respectivo modelo anexo a la presente solicitud.
2. Presentar contrato de desechos Bioinfecciosos vigente, y la copia de la factura cancelada del mes anterior a la presentación de la solicitud.
3. Plasmar el sello del establecimiento en la solicitud.
4. Cancelar derechos de trámite al momento de presentar la solicitud ($114.29)
5. Una vez presentado el escrito y recibido, el mismo se resolverá en un plazo máximo de 10 días hábiles contados a partir del siguiente día de recibida la solicitud.
6. **La autorización otorgada por el CSSP no exime al propietario del establecimiento de realizar el trámite y obtención de autorización correspondiente por parte del Ministerio de Salud, para efecto de número de pruebas realizadas, resultados negativos, positivos y pacientes positivos para seguimiento de su tratamiento.**
7. **Posterior a la autorización se harán inspecciones de seguimiento por el Consejo Superior de Salud Pública, la DNM y el MINSAL.**

**ANEXO**

En la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos del día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de dos mil veintiuno. Ante mí, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Notario del domicilio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comparece el señor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, \_\_\_\_(profesión u ocupación), del domicilio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a quien conozco, portador de su Documento Único de Identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actuando en nombre y representación en su calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la sociedad " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SOCIEDAD ANÒNIMA DE CAPITAL VARIABLE" que puede abreviarse "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ S.A. DE C.V.”, del domicilio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuya personería más adelante relacionaré, y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años de edad, Licenciado(a) en Laboratorio Clínico, de nacionalidad salvadoreña, del domicilio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a quien conozco y además identifico por medio de su Documento Único de Identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de Profesional Responsable ante el Consejo Superior de Salud Pública, el primero en calidad de propietario y el segundo en calidad de Regente, del Laboratorio Clínico \_\_\_(nombre del establecimiento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y **BAJO JURAMENTO ME DICEN:** Que en las calidades antes mencionadas, se comprometen con el Consejo Superior de Salud Pública; autoridad reguladora de los Laboratorios Clínicos de conformidad a los Arts. 14 literales d) y e) del Código Salud, a cumplir con los requerimientos para la REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE ANTÌGENOS PARA DETECTAR EL VIRUS SARS-CoV-2 (CAUSANTE DE COVID-19), siendo estos los siguientes: **1) Utilizar únicamente kits con registro sanitario autorizado por la Dirección Nacional de Medicamentos; 2) Separar los espacios físicos del área de espera y de toma de muestras de los comunes; establecer exclusivamente espacio físico, para este tipo de muestras; 3) Mantener activo el contrato de desechos bioinfecciosos, y ejecutar tal acción de tratamiento; 4) Usar equipo de protección personal nivel 2 para la toma de muestras; 5) Cooperar con las inspecciones del Consejo Superior de Salud Pública, para verificar el cumplimiento de estos requisitos y los demás que el Consejo determine para este tipo de establecimientos; 6) Regirse en concordancia con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud en cuanto, a la información que deben generar por los resultados de dichas pruebas de conformidad al Art. 131 del Código de Salud y al Art. 11 del Decreto Legislativo 757. \_\_\_\_\_\_RELACIONAR PERSONERÍA JURÍDICA CUANDO APLIQUE\_\_\_\_\_\_\_\_.** Así se expresaron los comparecientes a quienes expliqué los efectos legales de la presente acta notarial la cual consta de \_\_\_\_\_\_ hojas útiles, y leída que se las hube íntegramente en un solo acto sin interrupción, manifiestan su conformidad, ratifican su contenido y firmamos. DOY FE.

**Flujograma de trámite de autorización para realizar pruebas de antígenos para detectar SARS CoV-2**

**Se analiza la solicitud en la Comisión de Establecimientos de Salud en la siguiente sesión**

**Comisión de Establecimientos hace del conocimiento del Consejo Directivo el resultado**

**Consejo Directivo**

**Autoriza**

**Recepción de solicitud por Unidad de Registro de Establecimientos de Salud**

**Deniega**

**Notificación al usuario:** Se notificará al usuario el Acuerdo del Consejo Directivo