

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA ATENDER PACIENTES CON COVID-19, EN HOSPITALES  
PRIVADOS**

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) o representante legal o apoderado(a), del establecimiento denominado \_\_\_\_\_, situado en \_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_, inscrito en este Consejo bajo el número \_\_\_\_\_, a Ustedes atentamente **SOLICITO:**

Se autorice al Hospital mencionado, para poder atender en el establecimiento **PACIENTES CON 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), representante  
legal o apoderado(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. Estar al día con el pago de la anualidad del establecimiento y tener vigente el certificado de licencia de funcionamiento.
5. Cancelar derechos de trámite al momento de presentar la solicitud (\$114.29)
6. 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.

7. Los solicitantes deberán informarse con el MINSAL sobre el mecanismo de comunicación de los pacientes COVID-19 positivos que atenderán.
8. Posterior a la autorización se harán inspecciones de seguimiento por el Consejo Superior de Salud Pública.

### 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 ANÓNIMA 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, Doctor(a) en Medicina, de nacionalidad salvadoreña, del domicilio de \_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_, a quien conozco y además identifiqué 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(a) o representante legal o apoderado, y el segundo en calidad de Regente, del (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 Hospitales privados, de conformidad a los Arts. 14 literales d) y e) del Código Salud, a cumplir con los requerimientos para la ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID-19, siendo estos los siguientes: **1) Separar los espacios físicos del área de espera, observación y atención de pacientes con COVID-19, de las áreas de atención comunes; establecer exclusivamente espacio físico, para este tipo pacientes; 3) Mantener activo el contrato de desechos bioinfecciosos, y ejecutar tal acción de tratamiento; 4) Usar equipo de protección personal nivel 2 para brindar atención médica; 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 la atención de pacientes con COVID-19, dando cumplimiento 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 hubo íntegramente en un solo acto sin interrupción, manifiestan su conformidad, ratifican su contenido y firmamos. DOY FE.

## Flujograma de trámite de autorización para atender pacientes con COVID-19 en hospitales privados

