|  |
| --- |
| **FORMULARIO PARA SOLICITUD DE TRÁMITES POSTERIORES AL REGISTRO** |
| **ESPACIO DEL CSSP NÚMERO DE SOLICITUD NÚMERO DE COMPROBANTE DE PAGO** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Datos del propietario** (sólo Persona Natural)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA O DE LA ENTIDAD PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | PROFESION |  | DOMICILIO (SEGÚN DUI) Municipio DEPARTAMENTO DUI//CARNET DE RESIDENTE | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | **Medio Técnico o lugar para recibir notificaciones\*** | | | | | | | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO TELEFONO/FAX DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | **\* No aplica ningún tipo de red social como medio técnico de notificación.** | | | | | | | | **En caso de tratarse de Persona Jurídica** | | | | | | | | ABREVIATURA DE LA ENTIDAD | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | NÚMERO DE NIT DE LA ENTIDAD NÚMERO DE INSCRIPCIÓN\* NÚMERO DE LIBRO\* | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | | | DOMICILIO | | | |  |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |   \***Número de inscripción y de libro solo aplica para entidades que están sujetas a registro (ej: reg. comercio, Asociaciones, Fundaciones y otros).** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Datos del Representante Legal o Apoderado**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | NOMBRE COMPLETO EDAD | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | PROFESIÓN |  | DOMICILIO (SEGÚN DUI) MUNICIPIO DEPARTAMENTO DUI//CARNET DE RESIDENTE | | | | | | | | |  |  |  | | | | |  |  | | | **Medio Técnico o lugar para recibir notificaciones\*** | | | | | | | | | | | CORREO ELECTRONICO TELEFONO/FAX DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | | | | | | | | | | |  | | |  |  | | | | | | | **\* No aplica ningún tipo de red social como medio técnico de notificación.** | | | | |  |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **3. Datos del establecimiento**  TIPO DE ESTABLECIMIENTO |  | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO N° DE REGISTRO | | | | |  |  |  | | |  | | DIRECCIÓN COMPLETA DEL ESTABLECIMIENTO (INCLUYENDO DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO) TELÉFONO | | | | | | |  | | | | |  | | HORARIO DE SERVICIO DEL ESTABLECIMIENTO (DIAS Y HORAS) | | | | | | | |  | | | | | | | | NOMBRE DEL REGENTE | | |  | NÚMERO DE JUNTA DE VIGILANCIA | | | |  | | |  |  | | | | NOMBRE DE ENCARGADO DE LABOR TÉCNICA (APLICA SÓLO PARA LABORATORIO CLÍNICO) | | |  | NÚMERO DE JUNTA DE VIGILANCIA | | | |  | | |  |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **4. Seleccione el trámite a realizar \* Marcar con una X el trámite a realizar** | | | | |  | | | | |  | |  | | **Inscripción de nuevo regente** | Nombre del nuevo regente: | | | Horario: | | |  | | **Inscripción de encargado de la labor técnica** | Nombre del nuevo encargado de la labor técnica: | | | Horario: | | |  | | **Cambio de Categoría** | Categoría solicitada: | | | Portafolio de servicios: | | |  | | **Cambio de nombre** | Nuevo nombre que se solicita: | | |  | | **Cambio de razón social** | Nueva Razón Social: | | |  | | **Traspaso** | Nuevo propietario: | | |  | | **Traslado** | Nueva dirección del establecimiento: | | |  | | **Ampliación de Servicios** | Nuevos servicios a ofertar: | | |  | | **Ampliación de Local** | Áreas de ampliación: | | |  | | **Cierre temporal** | Plazo de cierre solicitado: | | |  | | **Cierre definitivo** | Fecha y motivo del cierre: | |  | |  | | **Certificación de Inscripción** | Cantidad de certificaciones: | | |  | | **Solvencia de establecimientos** | Cantidad de solvencias: | | |  | **Certificado de Licencia de Funcionamiento** | Cantidad de certificados: | | |  | **Autorización de elaboración y fabricación de sello** | |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |   Color de sello: Negro Azul | | |
| |  |  | | --- | --- | | PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR DOCUMENTOS |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | | TELÉFONOS DE CONTACTO |  | |  |  |   **5. AUTORIZACIÓN:**   |  |  | | --- | --- | | CORREO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES |  | |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **6. Declaración jurada** (Propietario, Representante Legal o Apoderado):DECLARO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE FORMULARIO Y SUS ANEXOS SON VERDADEROS, POR LO QUE ASUMO LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS Y PENALES QUE CORRESPONDAN.  ANEXOS QUE SE PRESENTAN: (MARQUE CON UNA “X”): | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  | | | | | | | |  |  | |  |  |   NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. 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, FIRMA Y SELLO DEL REGENTE | | |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **8. Para uso notarial** (auténtica de firmas). | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **9. Espacio de uso exclusivo del CSSP**    NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA DOCUMENTACIÓN |  | FECHA DE RECEPCIÓN | |  |  |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | RECIBÍ COMPROBANTE – NOMBRE Y FIRMA | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **10. Comprobante del solicitante**  NÚMERO DE TRÁMITE |  | FECHA DE RECEPCIÓN |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  | SELLO DE UNIDAD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD |   **PARA CONSULTA DE SU TRÁMITE EN LA UNIDAD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA LLAMAR AL TELÉFONO 2561-2501/25612512//2061-2513, HORARIOS DE ATENCIÓN DE LUNES A VIERNES DE LAS 8:00 AM A LAS 4:00 PM** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO 2: Croquis de Ubicación, favor señalar los puntos cardinales agregar nombre y dirección de establecimiento. (En el caso que el trámite lo requiera).**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO 3: Croquis de distribución del establecimiento, favor especificar el área total en metros cuadrados agregar nombre y dirección de establecimiento. (En el caso que el trámite requiera)**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO 4: REQUISITOS SEGÚN EL O LOS TRÁMITES SOLICITADOS** | | | | |
|  | | |  | | |
| **Inscripción de nuevo regente** | Procedimiento a través del cual se inscribe un nuevo regente en los establecimientos de salud.   1. La solicitud deberá ser presentada por el firmante o con firma Autenticada por Notario. 2. Plasmar el sello del establecimiento en la solicitud. 3. Si el profesional que estará a cargo de la regencia es el mismo que realizará la labor técnica, se cobrarán los derechos de inscripción de regente y de encargado de labor técnica por $11.43 cada uno. 4. El contrato de regencia deberá presentarse en escritura pública o documento privado autenticado, en original y fotocopia o copia certificada por notario. 5. Se verificará en el sistema de registro, que el solicitante este habilitado para ejercer la regencia del establecimiento. 6. La solicitud se resolverá en el plazo de 5 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. | |
| **Inscripción de encargado de la labor técnica** | Procedimiento a través del cual se inscribe un nuevo encargado de la labor técnica en Laboratorios Clínicos.   1. La solicitud deberá ser presentada por el firmante o con firma Autenticada por Notario. 2. Derechos de inscripción $11.43 3. Plasmar el sello de establecimiento en la solicitud. 4. Plasmar el sello del profesional autorizado por la JVPLC en la solicitud. 5. El contrato de labor técnica deberá presentarse en escritura pública o documento privado autenticado, en original y fotocopia o copia certificada por notario. 6. La solicitud se resolverá en el plazo de 5 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. | |
| **Cambio de Categoría** | Consiste en el cambio de la categoría autorizada por el Consejo para un establecimiento.   1. La solicitud deberá ser presentada por el firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar la firma autenticada por Notario. 2. Plasmar el sello del establecimiento en la solicitud. 3. Presentar croquis de distribución de las áreas internas del establecimiento. 4. Cancelar derechos de ampliación de servicios al momento de presentar la solicitud ($114.29) 5. Cuando se trate de establecimientos odontológicos, médicos y de Laboratorio Clínico, deberán presentar contrato de tratamiento desechos sólidos de conformidad al Art. 52 de la Ley de Medio Ambiente y Art. 77 del Código de Salud el cual deberá presentarse en documento privado reconocido por notario, presentarlo en original y fotocopia o copia certificada por notario. 6. La solicitud se resolverá en el plazo máximo de 20 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. 7. El usuario tiene derecho a dos inspecciones como máximo, las cuales se realizarán aplicando el Requerimiento Técnico Administrativo vigente**.** | |
| **Cambio de nombre** | Proceso en el cual se solicita el cambio de nombre de un establecimiento de salud.   1. La solicitud deberá ser presentada por el firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar firma autenticada por notario. 2. Cancelar derechos de Cambio de Nombre ($5.71). 3. En el caso de Laboratorios Clínicos, deberán presentar el listado de los exámenes que realizarán en el establecimiento los cuales deberán incluir los datos del establecimiento. 4. La solicitud se resolverá en el plazo de 5 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. | |
| **Cambio de razón social** | Es el cambio de la denominación por la cual se conoce colectivamente a una entidad.   1. Original y copia o copia certificada por Notario de Escritura Pública de Modificación de la Razón Social. 2. Cancelar derechos de Cambio de Razón Social. ($5.71) 3. La solicitud se resolverá en el plazo de 5 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. | |
| **Traspaso** | Cambio de la propiedad de un establecimiento de salud.   1. La solicitud deberá ser presentada por el firmante o en caso de no poder hacerlo, deberá presentar firma autenticada por notario. 2. Cancelar derechos de traspaso. 3. En el caso de Laboratorios Clínicos, deberán presentar el listado de los exámenes que realizarán en el establecimiento los cuales deberán incluir los datos del establecimiento. 4. Cuando se trate de establecimientos odontológicos, médicos, médicos veterinarios y de Laboratorio Clínico, deberán presentar en original y fotocopia o copia certificada por notario, el contrato de tratamiento desechos sólidos vigente de conformidad al Art. 52 de la Ley de Medio Ambiente y Art. 77 del Código de Salud. 5. La solicitud se resolverá en el plazo de 5 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. 6. Original y copia o copia certificada por notario, del documento legal que respalda el cambio de propietario del establecimiento. | |
| **Traslado** | Solicitud de cambio de ubicación física de un establecimiento de salud.   1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar la firma autenticada por Notario. 2. Plasmar el sello del establecimiento en la solicitud 3. Presentar croquis de ubicación del establecimiento y de croquis de distribución de las áreas internas del establecimiento. 4. Cancelar derechos de traslado al momento de presentar la solicitud. 5. Cuando se trate de establecimientos odontológicos, médicos, médicos veterinarios y de Laboratorio Clínico, deberán presentar en original y fotocopia o copia certificada por notario, el contrato de tratamiento desechos sólidos vigente de conformidad al Art. 52 de la Ley de Medio Ambiente y Art. 77 del Código de Salud. 6. En el caso de Laboratorios Clínicos, deberán presentar el listado de los exámenes que realizarán en el establecimiento los cuales deberán incluir los datos del establecimiento. 7. En el caso de Laboratorios Clínicos, deberán presentar hoja de aceptación de referencia detallada. 8. La solicitud se resolverá en el plazo máximo de 20 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación 9. El usuario tiene derecho a dos inspecciones como máximo, las cuales se realizarán aplicando el Requerimiento Técnico Administrativo vigente. | |
| **Ampliación de Servicios** | Procedimiento mediante el cual los usuarios requieren que se agreguen servicios al portafolio del establecimiento.   1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar la firma autenticada por Notario. 2. Plasmar el sello del establecimiento en la solicitud. 3. Cancelar derechos de ampliación de servicios al momento de presentar la solicitud ($114.29) 4. Cuando se trate de establecimientos odontológicos, médicos, médicos veterinarios y de Laboratorio Clínico, deberán presentar en original y fotocopia o copia certificada por notario, el contrato de tratamiento desechos sólidos vigente de conformidad al Art. 52 de la Ley de Medio Ambiente y Art. 77 del Código de Salud, el cual deberá presentarse en escritura pública o documento privado autenticado. 5. En el caso de Laboratorios Clínicos, deberán presentar el listado de los exámenes que realizarán en el establecimiento los cuales deberán incluir los datos del establecimiento. 6. La solicitud se resolverá en el plazo máximo de 20 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. 7. El usuario tiene derecho a dos inspecciones como máximo, las cuales se realizarán aplicando el Requerimiento Técnico Administrativo vigente. | |
| **Ampliación de Local** | Solicitud para ampliar el local en el cual funciona un establecimiento.   1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar la firma autenticada por Notario. 2. Plasmar el sello del establecimiento en la solicitud. 3. Cancelar derechos de ampliación de local 4. La solicitud se resolverá en el plazo máximo de 20 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación | |
| **Cierre temporal** | Es la solicitud que suspende temporalmente el funcionamiento del establecimiento, y no implica la cancelación ni la modificación del registro.   1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar la firma autenticada por Notario. 2. Plasmar el sello del establecimiento en la solicitud. 3. Cancelar derechos de cierre temporal al momento de presentar la solicitud ($1.71) 4. La solicitud se resolverá en el plazo de 5 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. | |
| **Cierre definitivo** | Solicitud que modificará el registro de inscripción del establecimiento, cancelándose de forma irrevocable, su registro y licencia de funcionamiento.   1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar la firma autenticada por Notario. 2. Plasmar el sello del establecimiento en la solicitud. 3. Cancelar derechos de cierre definitivo al momento de presentar la solicitud ($1.71). 4. La solicitud se resolverá en el plazo de 5 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. | |  | | |
| **Certificación de Inscripción** | | Consiste en solicitar la certificación del asiento de registro de inscripción de un establecimiento de salud, la cual contiene la información esencial del establecimiento y sus modificaciones.   1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante, en caso de no poder hacerlo deberá presentar Firma Autenticada por Notario. 2. La solicitud deberá traer el sello del establecimiento autorizado por este Consejo 3. Derechos de pago por certificación ($1.71) Art. 9, decreto 373, Diario Oficial 220, tomo 317, 30/11/92. 4. La solicitud se resolverá en el plazo máximo de 3 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. | |
| **Constancia de solvencia de establecimientos** | | Proceso por medio del cual se extiende una constancia que el establecimiento de salud se encuentra solvente con el pago por derechos de anualidad.   1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante, en caso de no poder hacerlo deberá presentar Firma Autenticada por Notario. 2. La solicitud deberá traer el sello del establecimiento autorizado por este Consejo 3. Derechos de pago por certificación ($1.71) Art. 9, decreto 373, Diario Oficial 220, tomo 317, 30/11/92. 4. La solicitud se resolverá en el plazo máximo de 3 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación | |
| **Certificado de Licencia de Funcionamiento (por reposición, traslado, cambio de nombre o cambio de categoría)** | | Procedimiento por medio del cual se solicita la elaboración y reposición del certificado de apertura y funcionamiento del establecimiento.   1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante, en caso de no poder hacerlo deberá presentar firma Autenticada por Notario. 2. La solicitud deberá traer el sello del establecimiento autorizado por este Consejo 3. Derechos de pago por certificación ($5.71) Art. 9, decreto 373, Diario Oficial 220, tomo 317, 30/11/92. 4. La solicitud se resolverá en el plazo máximo de 3 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación | |
| **Autorización de elaboración de sello** | | Solicitud en la cual el usuario pide la elaboración de sello del establecimiento en caso de extravío, desgaste, hurto, u otros, pudiendo fabricarse el mismo en la institución o en una imprenta particular.   1. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar Firma Autenticada por Notario. 2. Al no retirarse la autorización se iniciará informativo de conformidad a la Ley. 3. Derechos por autorización o reposición de sello $5.71. 4. Derechos por fabricación de sello $18.00. 5. La solicitud se resolverá en el plazo máximo de 3 días hábiles, contados a partir del siguiente día de recibida la documentación. | |