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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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)**.

De conformidad a los dispuesto en el Art. 25 de la Ley de Acceso a la Información Pública, por este medio **autorizo al Consejo Superior de Salud Pública para publicar en la página web de la institución u otros medios, la siguiente información:**

1. Horario de atención al público: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Teléfonos de contacto del establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comisiono a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para recibir documentos, asimismo, de conformidad al Art. 71 de la Ley de Procedimientos Administrativos, autorizo al Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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**

**Deniega**

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

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

**Consejo Directivo**

**Autoriza**

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