

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud  
División de Establecimientos de Salud

## SOLICITUD DE CONFORMIDAD Y APROBACION DE PROYECTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

<b>LEER INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO</b>	<b>FECHA DE SOLICITUD</b>		
	01. DÍA	02. MES	03. AÑO
04. TIPO DE SOLICITUD <input type="checkbox"/> PROYECTO NUEVO EN FUNCIONAMIENTO <input type="checkbox"/> EN FASE DE REMODELACIÓN <input type="checkbox"/> EN FASE DE AMPLIACIÓN <input type="checkbox"/> EN FASE DE PROYECTO O CONSTRUCCION			

### A.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR EL ESTABLECIMIENTO ANTE EL MINISTERIO DE SALUD

05. APELLIDOS	06. NOMBRES	07. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -
08. MATRICULA DEL M.P.P.S.	09. PROFESIÓN	10. CARGO
11. N° DE TELÉFONO	12. N° DE CELULAR	13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

### B.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE

14. RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		15. ÁREA DE CONSTRUCCIÓN (mts <sup>2</sup> )	
16. N° DE RIF	17. TIPO DE INSTITUCIÓN <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> COOPERATIVA		
18. TIPO DE ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/> MÉDICO-ASISTENCIAL HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> MEDICO-ASISTENCIAL AMBULATORIO <input type="checkbox"/> TECNICAS MEDICAS AUXILIARES			
19. INDIQUE LA SITUACIÓN ACERCA DE LA PROPIEDAD DEL INMUEBLE <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ALQUILADO <input type="checkbox"/> OTROS    Especifique: _____			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
20. ESTADO	21. CIUDAD	22. MUNICIPIO	23. PARROQUIA
UBICACIÓN GEOGRAFICA			
24. URBANIZACIÓN/SECTOR	25. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	26. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
27. PISO/PLANTA/LOCAL	28. CÓDIGO POSTAL	29. PUNTO DE REFERENCIA	
30. N° DE TELÉFONO	31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

### C.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

32. APELLIDOS	33. NOMBRES	34. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -
35. MATRICULA DEL M.P.P.S.	36. PROFESIÓN/OFCIO	
37. N° DE TELÉFONO	38. N° DE CELULAR	39. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

### D.- DATOS DEL PROYECTO DEL ESTABLECIMIENTO

<b>GENERALIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS MÉDICO ASISTENCIALES</b>			
40. N° DE CAMAS DE HOSPITALIZACIO		41. N° DE QUIROFANOS	
<b>SERVICIOS OFERTADOS</b>			
42. EMERGENCIA <input type="checkbox"/> 24 HORAS	43. CIRUGIA <input type="checkbox"/> CIRUGIA GENERAL <input type="checkbox"/> CIRUGIA ESPECIALIZAZADA <input type="checkbox"/> CIRUGIA AMBULATORIA <input type="checkbox"/> CIRUGIA DOCENTE	44. MEDICINA CRITICA <input type="checkbox"/> UCI ADULTOS <input type="checkbox"/> UCI PEDIATRICA <input type="checkbox"/> UCI NEONATAL <input type="checkbox"/> RETEN NIÑOS SANOS <input type="checkbox"/> CUIDADOS CORONARIOS	45. CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> ESPECIALIDADES MEDICAS N° _____ <input type="checkbox"/> ESPECIALIDADES NO MEDICAS N° _____

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud  
 División de Establecimientos de Salud

SERVICIOS DE APOYO			
46. SERVICIOS GENERALES <input type="checkbox"/> COCINA <input type="checkbox"/> TANQUE DE AGUA <input type="checkbox"/> DESECHOS <input type="checkbox"/> PLANTA ELÉCTRICA <input type="checkbox"/> AMBULANCIA <input type="checkbox"/> LAVANDERÍA	47. IMAGENOLOGIA <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> RESONANCIA MAGNETICA <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> ECOSONOGRAMAS <input type="checkbox"/> MECICINA NUCLEAR <input type="checkbox"/> MEDICINA ONCOLOGICA <p style="text-align: right;">RADIO</p>	48. ANATOMIA PATOLOGICA <input type="checkbox"/> MORGUE <input type="checkbox"/> ANATOMIA MACROSCOPICA <input type="checkbox"/> ANATOMIA MICROSCOPICA <input type="checkbox"/> DEPOSITO TRANSITORIO DE CADAVERES	49. ONCOLOGIA: <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA 50. SERVICIO DE BIOANALISIS <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/> BIOLOGIA MOLECULAR <input type="checkbox"/> TOXICOLOGIA <input type="checkbox"/> FERTILIDAD <input type="checkbox"/> CELULAS MADRES
51. OTROS			
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
52. ÁREAS DE USO		53. AREA DE CONSTRUCCION (m <sup>2</sup> )	

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, actuando en mi carácter de Solicitante autorizado, declaro bajo juramento que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veráz.
2. El Establecimiento al que represento prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autonomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE AUTORIZADO ANTE  
 EL MINISTERIO DE SALUD**

F.00-MEEPS-ES-OPP-JULIO 2022

**INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE APROBACION DE PROYECTO  
 PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria  
 Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, MPPS, Piso 3, El Silencio, Caracas-Venezuela  
 Telf: (0212)408 05 01 al 05. <http://www.sacs.gob.ve/>



Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud  
División de Establecimientos de Salud

**FECHA DE SOLICITUD (01. DÍA; 02. MES; 03. AÑO)** Indicar día, mes y año de introducción de la solicitud de conformidad y aprobación de proyecto para establecimiento de salud.

**04. TIPO DE SOLICITUD.** Rellene el cuadro una vez:

**Proyecto Nuevo en Funcionamiento:** Se refiere al anteproyecto de establecimiento que se va a introducir ante la Coordinación Nacional de Establecimientos de Salud, por primera vez.

**Proyecto Ampliación:** Se refiere a la ampliación de servicios de un establecimiento aprobado con anterioridad, que se va a introducir ante la Coordinación Nacional de Establecimientos de Salud.

**Proyecto Remodelación:** Se refiere a la remodelación de servicios de un establecimiento aprobado con anterioridad, que se va a introducir ante la Coordinación Nacional de Establecimientos de Salud.

**En fase de proyecto o construcción:** Se refiere al proyecto que se encuentra en fase de construcción o en proyecto.

**A.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR EL ESTABLECIMIENTO POR EL MINISTERIO DE SALUD**

**05. APELLIDOS** Indicar Apellidos completos del (de la) Representante Legal o director médico del establecimiento.

**06. NOMBRES** Indicar Nombres completos del (de la) Representante Legal o director médico del establecimiento.

**07. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD** Reseñar si es venezolano(a) (**V**) o, extranjero(a) (**E**) y a continuación el número de cédula.

**08. MATRÍCULA DEL M.P.P.S.** Indicar si corresponde el número de Matrícula del registro como profesional en el Ministerio de Salud.

**09. PROFESIÓN** Indicar la profesión del Representante Legal o director médico del establecimiento.

**10. CARGO** Indicar el cargo que ejerce en la organización

**11. N° DE TELÉFONO** Indicar el código de área teléfono de ubicación del Representante Legal o director médico del establecimiento.

**12. N° DE CELULAR** Indicar el teléfono celular de contacto del Representante Legal o director médico del establecimiento.

**13. CORREO ELECTRÓNICO** Dirección de correo electrónico de contacto para envío de información oficial al Representante Legal o director médico del establecimiento del Establecimiento.

**B.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE**

**14. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO.** Denominación social según el Registro Mercantil del establecimiento.

**15. ÁREA DE CONSTRUCCIÓN (mts<sup>2</sup>).** Indicar el área de construcción que tendrá el local expresado en metros cuadrados.

**16. N° DE RIF.** Número del Registro de Información Fiscal (RIF) del establecimiento solicitante.

**17. TIPO DE INSTITUCION.** Se refiere al capital del establecimiento y su origen.

**18. TIPO DE ESTABLECIMIENTO:** Marque con una equis (X) la solicitud a realizar.

**Establecimiento Medico-Asistencial Hospitalario:** cuando mantienen un sistema de atención a los pacientes en unidades de hospitalización por períodos mayores de doce (12) horas.

**Establecimiento Medico-Asistencial Ambulatorio:** el sistema de atención se basa en la permanencia del paciente en el establecimiento por un periodo no mayor de (12) horas.

**19. INDIQUE LA SITUACIÓN ACERCA DEL INMUEBLE.** Indicar si es una propiedad privada, alquilada o si se trata de otro tipo de situación, especificar a que se refiere.

**20. ESTADO.** Indicar dentro de la división político territorial del país, el estado de ubicación del Establecimiento.

**21. CIUDAD.** Población del Municipio en la que se encuentra ubicado el establecimiento.

**22. MUNICIPIO** Indicar la entidad municipal, en la división político territorial del Estado donde se encuentra ubicado el establecimiento.

**23. PARROQUIA.** Indicar la entidad parroquial en la división político territorial del municipio donde está el establecimiento.

**24. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL** Nombre de la ubicación en la ciudad o población donde se encuentra ubicado el establecimiento.

**25. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA** Nombre de la ubicación dentro de la urbanización, sector o zona industrial.

**26. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON** Nombre que identifica la construcción o edificación del establecimiento.

**27. PISO/PLANTA/LOCAL** Identificación precisa del lugar dentro de la construcción o edificación donde se localiza el establecimiento.

**28. CÓDIGO POSTAL** Número de ubicación geográfica postal o zona postal.

**29. PUNTO DE REFERENCIA** Edificios o lugares cercanos de referencia que ayuden a identificar la del establecimiento.

**30. N° DE TELÉFONO** Indicar el código de área y teléfono de ubicación del establecimiento.

**31. DIRECCION DE CORREO ELECTRÓNICO** Dirección de correo electrónico de contacto para envío de información oficial al Establecimiento.

**C.- DATOS DEL (DE LOS) PROPIETARIO (S) DEL ESTABLECIMIENTO**

**32. APELLIDOS** Indicar Apellidos completos del (de los) propietario (s) del establecimiento.

**33. NOMBRES** Indicar Nombres completos del (de los) propietario(s) del establecimiento.

**34. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD** Reseñar si es venezolano(a) (**V**) o, extranjero(a) (**E**) y a continuación el número de cédula.

**35. MATRÍCULA DEL M.P.P.S.** Indicar si corresponde, el número de Matrícula del registro como profesional en el Ministerio de Salud o el oficio y/o profesión a la cual se dedica (n).

**36. PROFESIÓN/OFICIO.** Indicar la profesión y/u oficio.

**37. N° DE TELÉFONO.** Número de ubicación telefónica del (de los) propietario (s). Indicar código de área.

**38. N° DE CELULAR.** Número de telefono celular del (de los) propietario(s). Indicar código de área.

**39. DIRECCION DE CORREO ELECTRÓNICO.** Dirección de correo electrónico o e-mail del propietario.

**D.- DATOS DEL PROYECTO DEL ESTABLECIMIENTO**

**GENERALIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS MÉDICO ASISTENCIALES**

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud  
División de Establecimientos de Salud

- 40. N° DE CAMAS.** Se refiere al número total de camas de hospitalización ofertadas.
- 41. N° DE QUIROFANOS.** Numero total de consultorios que dispone el establecimiento.
- SERVICIOS OFERTADOS:** Seleccione el o los servicios ofertados o de que dispone el establecimiento.
- 42. EMERGENCIA:** Marque con una equis si el servicio se presta 24 horas.
- 43. CIRUGIA:** Puede marcar una o más opciones de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento.
- 44. MEDICINA CRÍTICA:** Puede marcar una o más opciones de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento.
- 45. CONSULTA EXTERNA** Puede marcar una o más opciones de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento.
- SERVICIOS DE APOYO:** Seleccione el o los servicios de apoyo ofertados de que dispone el establecimiento.
- 46. SERVICIOS GENERALES:** Puede marcar una o más opciones de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento.
- 47. IMÁGENOLOGÍA:** Puede marcar una o más opciones de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento.
- 48. ANATOMIA PATOLOGICA:** Puede marcar una o más opciones de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento.
- 49. ONCOLOGÍA:** Puede marcar una o más opciones de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento.
- 50. SERVICIO DE BIOANALISIS:** Puede marcar una o más opciones de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento.
- 51. OTROS:** Puede marcar una o más opciones de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento que no hayan sido mencionados en los anteriores ítems.
- 52. ÁREAS DE USO.** Elaborar en el recuadro una lista legible de todas las áreas disponibles por el establecimiento medico asistencial.
- 53. AREA DE CONSTRUCCION (m²).** Expresar en número, la cantidad de metros cuadrados de construcción del establecimiento.

F.00-MEEPS-ES-OPP-JULIO 2022