

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

Recaudos para la Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos para Establecimientos Asistenciales de Salud Ambulatorios u Hospitalarios con Cirugía. “Establecimientos Nuevos en Funcionamiento”

El Solicitante deberá presentar la Solicitud en físico con el resto de los Recaudos indicados, y realizar su entrega en la Taquilla Única del SACS ubicada en la sede central.

PLANILLA CAP-1

Recaudo	Condiciones de los Recaudos a Consignar	Tipo de Establecimiento		Verificado
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	
1. Formulario de Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos para Establecimientos de Salud.	Una (1) copia legible del formulario con la información requerida, firmada por el Propietario.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Conformidad de Uso.	Una (1) copia legible del documento otorgado por la alcaldía respectiva, deberá especificar la fecha de expedición, la dirección del solicitante, el uso que le dará a ese terreno o inmueble, firma del director de planeamiento urbano, y sello; En caso de no tener el documento, deberá consignar oficio de las variables urbanas.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Nombramiento del director médico Notariado	Una (1) copia del documento, este documento acredita al director médico como responsable del establecimiento.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Permiso de funcionamiento de los equipos que emitan radiaciones ionizantes.	Una (1) copia del permiso otorgado por radio física o acta de inspección por el organismo (solo en digital), solo en caso de prestar el servicio.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Contrato de Desechos.	Una (1) copia del contrato con la empresa encargada de la recolección de los desechos peligrosos.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. Contrato con el Servicio de Ambulancia.	Una (1) copia del contrato de la empresa que preste el Servicio de Ambulancia en caso de que no sea propia			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Recaudo	Condiciones de los Recaudos a Consignar	Tipo de Establecimiento		Verificado
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	
7. Memoria Medico Funcional	Un ejemplar de la Memoria Medico Funcional de acuerdo al formato firmado por el director y/o propietario			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. Memoria Descriptiva Arquitectónica	Un ejemplar de la Memoria Descriptiva Arquitectónica de acuerdo al formato, firmado por el arquitecto encargado del proyecto.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. Planos	Un (1) juego de planos con la escala 1.50 o 1.100, se sugiere que la escala de los planos de mobiliarios y equipos, acotados será de 1.50 y el resto podrá ser en escala de 1.100, previamente identificados y firmados por el arquitecto. 1) planta de mobiliarios y equipos por piso: se expresa todo tipo de equipamiento con la identificación de cada uno de los ambientes. 2) planta acotada por piso: proporcionara toda la información necesaria en cuanto a medidas y áreas del establecimiento. 3) Cortes. 4) Fachadas. 5) Planos de ubicación y conjunto, es la ubicación del establecimiento con relación al grupo vecinal o lo que rodea al establecimiento en cuanto a la ubicación física se refiere.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. Documentación Digitalizada	Digitalice todos los Recaudos exigidos de la solicitud por separado, incluyendo el formulario de Solicitud con los datos completado. (Solo digital), el cual deberá estar identificado con el nombre del establecimiento y el nombre de la solicitud que corresponda al trámite que realiza. Los planos y documentación deberán anexar en formato PDF.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11. Comprobante del Depósito Bancario / A Posterior.	Una original y dos (2) copias legibles del comprobante del depósito bancario realizado solo cuando se soliciten los 3 juegos de planos para la aprobación. Verifique el monto a cancelar de la tarifa vigente publicada en la Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas Nivel Central . Asimismo, los Pagos deben realizarse a Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria , de acuerdo a lo indicado en el link “Para Cancelar Tarifas y Multas” / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas , publicada en la Página WEB del SACS			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

1. Es responsabilidad del Representante, garantizar que la información esté debidamente revisada, seleccionada y es suficiente para dar respuesta al requisito exigido, en caso de que se evidencie que la información no cumpla con lo señalado y/o se trate de documentación que, en lugar de clarificar, complique la solicitud, la misma será devuelta.
2. La solicitud deberá ser presentada en una carpeta Tipo Oslo, la información suministrada en los **CD** deberán estar ordenada según la lista de Recaudos que corresponda, separadas e identificadas clara y correctamente. Asimismo, la carpeta deberá ser identificada en su exterior con el nombre del establecimiento, tipo de establecimiento, tramite, dirección, ciudad y estado (VER ANEXOS C y D)
3. Los planos deberán estar debidamente doblados.
Los planos NO deben estar incorporados a los ganchos como la otra documentación, ya que los mismos no pueden tener ningún tipo de aberturas (los planos deberán estar almacenados en fundas transparentes, las cuales deberán estar incorporados a la carpeta).
4. EL TRÁMITE DEBE SER REALIZADO ÚNICAMENTE POR EL PROPIETARIO Y /O DIRECTOR MEDICO.

PRESENTAR LOS ORIGINALES PARA COTEJAR CON LAS COPIAS

UNA VEZ APROBADA SU SOLICITUD DE CONFORMIDAD Y APROBACIÓN DE PROYECTO, Y HABER CUMPLIDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CARTA DE CONFORMIDAD Y APROBACIÓN DE PROYECTOS, DEBERÁ REALIZAR EL TRÁMITE DE PERMISO SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, DE FORMA AUTOMÁTICA MEDIANTE EL SISTEMA AUTOMATIZADO DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA (SIACVISA) UBICADO EN LA PÁGINA WEB DEL SACS / SISTEMAS EN LINEA.

TAQUILLA UNICA DEL SACS RECIBIDO POR	DIVISIÒN VERIFICADO POR	DIRECCIÒN AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

INFORMACION GENERAL

Todos aquellos Establecimientos de Salud que se encuentren en las categorías de Asistencial Hospitalario y Ambulatorio con cirugía, le corresponde los siguientes trámites, el mismo es otorgado por el Nivel Central:

1. Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos de Establecimientos **NUEVOS en Funcionamiento**: Son aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento y no se han registrado ante la División de Establecimientos en el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, el cual le corresponde planilla CAP-1.
2. Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos de Establecimientos **NUEVOS en Fase de Proyecto o Construcción**: Son aquellos establecimientos que se encuentren en construcción, o en proyecto y no se han registrado ante la División de Establecimientos en el Servicio Autónomo de Contraloría de sanitaria. el cual le corresponde planilla **CAP-2**.
3. Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos de Establecimientos **en Fase de Remodelación**: Son aquellos establecimientos que su proyecto ha sido aprobado por el la División de Establecimientos en el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, y se encuentran en fase de remodelación, el cual le corresponde planilla **CAP-3**.
4. Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos de Establecimientos en **Fase de Ampliación**: Son aquellos establecimientos que su proyecto ha sido aprobado por el la División de Establecimientos en el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, y se encuentran en fase de ampliación, el cual le corresponde planilla **CAP-4**.

FO.01-MEEPS-ES-OPP-JULIO 2022