

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

SOLICITUD DE CONFORMIDAD Y APROBACION DE PROYECTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

LEER INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO	FECHA DE SOLICITUD		
	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 ²)	
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

GENERALIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS MÉDICO ASISTENCIALES			
40. N° DE CAMAS DE HOSPITALIZACIO		41. N° DE QUIROFANOS	
SERVICIOS OFERTADOS			
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 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 ²)	

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 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 (mts²). 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 teléfono 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 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 PATOLÓGICA:** 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 BIOANÁLISIS:** 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