

**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 en Fase de Ampliación de Establecimientos de Salud Médico Asistenciales Ambulatorios u Hospitalarios con Cirugía**

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- 4**

Recaudo	Condiciones de los Recaudos a Consignar	Tipo de Establecimiento		Verificado
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	
1. Formulario de Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyecto para Establecimientos de Salud.	Una (1) copia legible con la información requerida, firmada por el Director Médico y/o Propietario			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Memoria Medico Funcional	Una (1) original conforme al formato, firmado por el Director Médico y/o propietario.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Memoria Descriptiva Arquitectónica.	Una (1) original de acuerdo al formato, firmado por Arquitecto encargado del proyecto.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. 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. <b>1) planta de mobiliarios y equipos por piso:</b> se expresa todo tipo de equipamiento con la identificación de cada uno de los ambientes. <b>2) planta acotada por piso:</b> 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"/>
5. Comprobante del Depósito Bancario / A Posterior.	Original y dos (2) copias legibles del comprobante del depósito bancario realizado. Este requisito se presentará cuando la solicitud haya sido aprobada. Verifique el monto a cancelar de la tarifa vigente publicada en la <b>Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas Nivel Central</b> . Asimismo, los Pagos deben realizarse a <b>Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria</b> , de acuerdo a lo indicado en el link <b>"Para Cancelar Tarifas y Multas" / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas</b> , publicada en la Página WEB del SACS.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. Documentación Digitalizada en un CD	Digitalice TODOS los recaudos en formato PDF exigidos de la solicitud en un CD por separado identificado con el nombre del establecimiento y el nombre de la solicitud que corresponda al trámite que realiza.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



**Observaciones (solo para uso Interno)**




### 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 DIRECTOR MÉDICO O PROPIETARIO.

#### PRESENTAR LOS ORIGINALES PARA COTEJAR CON LAS COPIAS

**UNA VEZ APROBADA SU SOLICITUD DE CONFORMIDAD Y APROBACIÓN DE PROYECTO, Y HABER CUMPLIDO CON O 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	DIVISIÓN VERIFICADO POR	DIRECCIÓN 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 corresponden los siguientes trámites, el mismo es otorgado por el Nivel Central del SACS:**

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**.