

**GUÍA PRÁCTICA GENERAL PARA SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN DE
FUNCIONAMIENTO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS
SANITARIOS.**



INDICE

1.INFORMACIÓN PREVIA
2.¿QUÉ PASOS HAN DE SEGUIRSE ?
3.¿DÓNDE OBTENER LOS MODELOS OFICIALES ?
4.¿QUÉ TRÁMITE HAY QUE LLEVAR A CABO EN CADA SUPUESTO?
5.¿CÓMO CUMPLIMENTAR EL MODELO DE SOLICITUD?
6.¿QUÉ DOCUMENTACIÓN HAY QUE PRESENTAR ?
7.¿CÓMO COMUNICAR LAS VARIACIONES EN LA PLANTILLA COMUNICADA DEL CENTRO?
8.FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN: Registro electrónico y notificación electrónica.
9.¿CÓMO REALIZAR EL PAGO DE LAS TASAS?

Una vez se haya leído esta Guía, y las Normativas de Aplicación indicadas al inicio de la misma, si necesita realizar consultas generales, puede escribir un correo a la dirección: eess.se.csalud@juntadeandalucia.es

ADVERTENCIA: Este correo es de información general, por tanto no es para presentación documentación

GUÍA PRÁCTICA GENERAL PARA SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.

El contenido de la información recogida en esta guía tiene carácter orientativo, por lo que se recomienda para tener una información completa de los procedimientos que se comentan, consultar la Normativa de aplicación general y específica y en especial:

NORMATIVA BÁSICA

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

NORMATIVA específica

- *DECRETO 416/1994, de 25 de octubre, por el que se establecen las condiciones y requisitos técnicos de instalación y funcionamiento de las **consultas y clínicas dentales** y laboratorios de prótesis dental.*
- *DECRETO 112/1998, de 2 de junio, por el que se regulan las autorizaciones de los **laboratorios clínicos** y se establecen sus condiciones y requisitos técnicos, así como las normas reguladoras de su actividad.*
- *Orden de 13 de diciembre de 2016, por la que se establecen las condiciones materiales y funcionales de los **Centros de Atención Infantil Temprana** para su autorización.*
- *Orden de 29 de mayo de 2023, por la que se aprueban los protocolos de funcionamiento de los **centros y servicios sanitarios de atención a las adicciones** de Andalucía.*
- *Orden de 21 de septiembre de 2012, por la que se aprueba la Guía de Funcionamiento de los **Establecimientos de Óptica**.*
- *DECRETO 132/2006, de 4 de julio, por el que se establecen las condiciones y requisitos de instalación y funcionamiento de las **ortopedias**.*
- *ORDEN de 2 de marzo de 2011, por la que se aprueba la guía de funcionamiento de los **establecimientos sanitarios de audioprótesis***

1. INFORMACIÓN PREVIA

Los centros, servicios y establecimientos sanitarios, precisan de una autorización administrativa previa para poder realizar actividad sanitaria. Así mismo, la autorización de funcionamiento, es necesaria renovarla cada 5 años, en concreto, dentro de los tres meses anteriores a la fecha de finalización del plazo de vigencia de dicha autorización. **NO SE PUEDE COMENZAR UNA ACTIVIDAD ASISTENCIAL SIN HABER OBTENIDO LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA.**

Los centros, servicios y establecimientos sanitarios autorizados se inscriben en el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, asignándoles un número de identificación de centro autorizado (NICA). Por todo ello, al tener carácter público este Registro, es posible conocer, en todo momento, los centros que disponen de Autorización Sanitaria en Andalucía, así como su número de identificación de centro autorizado (N.I.C.A.), todo ello a través del portal público*.

Para la realización de cualquier trámite de un procedimiento administrativo ha de tenerse en cuenta, los requisitos establecidos por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.



2. ¿QUÉ PASOS HAN DE SEGUIRSE?

Cuando pretendemos una autorización para un CENTRO SANITARIO, primero tenemos que saber si el centro sanitario va a tener pacientes internados o no.

- En el caso de los centros sanitarios con internamiento, las solicitudes deberán dirigirse a la Secretaría General Técnica de la Consejería con competencias en Salud.
- En el resto de casos (sin internamiento), la solicitud y la documentación relativa al mismo, deberán dirigirse a DELEGACIÓN TERRITORIAL con competencias en Salud de la provincia en la que radique el centro o establecimiento.
 - El primer paso es disponer de **autorización sanitaria de instalación**.
 - Obtenida la autorización sanitaria de instalación, se debe solicitar la autorización sanitaria de *funcionamiento*: una vez que se haya obtenido la **autorización sanitaria de funcionamiento**, se puede comenzar a prestar asistencia sanitaria.
 - Una vez obtenida la Autorización Sanitaria de Funcionamiento o una posterior de modificación, **deberá renovarse cada 5 años**, presentando la solicitud 3 meses antes de la fecha de finalización de vigencia.
 - En el caso de no tener que realizar obras, y disponer de toda la documentación exigida para la autorización de instalación y funcionamiento, puede solicitar ambas en una sola solicitud, marcándolo en la misma (modelo Anexo 2) y adjuntando las documentación y tasas exigidas para cada caso en una sola presentación.

3. ¿DÓNDE OBTENER LOS MODELOS OFICIALES?

El modelo de oficial de solicitud a cumplimentar y presentar es única (denominado: Anexo 2), debiendo marcarse lo que se solicita y aportando la documentación indicada en la misma según sea el caso (ver decreto 69/2008 artículos 10 y 12,14 y 16).

Se puede acceder a los modelos oficiales, pero se adjuntan al final de esta guía para su comodidad:

[Autorización y registro de centros sanitarios - Junta de Andalucía \(juntadeandalucia.es\)](http://juntadeandalucia.es)

4. ¿QUÉ TRÁMITE HAY QUE LLEVAR A CABO EN CADA SUPUESTO?

Los supuestos que se pueden presentar, y para los que se requieren la cumplimentación de una solicitud de autorización administrativa, son : **instalación, funcionamiento, modificación*, renovación y cierre**.

*Los supuestos de “**modificación**”, implican la renovación de la autorización por 5 años y estarán referidos a centros o establecimientos sanitarios ya autorizados, engloba uno o varios de estos supuestos:

- *cambios de titularidad*
- *cambios en la estructura*
- *cambios su oferta asistencial.*



5. ¿CÓMO CUMPLIMENTAR EL MODELO DE SOLICITUD?

Deberán ser rellenados a máquina o con letra clara y en mayúsculas.

En el **Campo 1**, consignaremos los datos del centro o establecimiento sanitario, reflejando el NICA en todos los casos, salvo en las solicitudes de instalación, ya que en ese momento se desconoce.

1 DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO									
DENOMINACIÓN: NICA⁽²⁾									
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:									
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:		
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:			PAÍS:	CÓD. POSTAL:		
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:					
(2) Número de Identificación de Centros de Andalucía (consignar sólo en caso de modificación o renovación)									

2 DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL									
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:						SEXO: ☐ H ☐ M		DNI/NIE/NIF:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO:						SEXO: ☐ H ☐ M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:									
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:		
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:			PAÍS:	CÓD. POSTAL:		
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:					

El **campo 2**, está previsto para reflejar los datos del titular del establecimiento, persona física o entidad jurídica, y los de su representante si lo hubiera; en ambos casos ha de indicarse claramente el DNI/NIE/NIF correspondiente, así como los

datos del domicilio, y teléfonos.

El **campo 4**, cumple una doble misión, informar de los documentos necesarios que han de aportarse en cada caso y, a su vez, señalar aquellos que se aportan. Los *apartados b), c), e) o d)*, se cumplimentarán según la autorización que se pretenda. En este sentido queremos aclarar los siguientes conceptos:

El **campo 5**, debe rellenarse en la sin olvidar reflejar el nombre de la persona que firma la solicitud, que podrá ser quien ostente la titularidad del centro sanitario, cuando sea una persona física o el representante legalmente acreditado. Todas las firmas han de ser originales o electrónicas, careciendo de valor las fotocopias y los sellos.

Se consideran firmas validas

- cuando el titular del centro es una persona física y presenta la documentación, son válidas tanto la firma manuscrita como la firma electrónica.
- cuando el titular del centro es una persona física y actúa por medio de representante, los documentos vendrá firmados por el representante que deberá adjuntar ***acreditación de su inscripción en el registro electrónico de apoderamientos***, en representación del titular.
- cuando el titular del centro es una persona jurídica (Sociedad, comunidad de bienes, etc.), actúa siempre por medio de representante, y los documentos vendrá firmados por el representante con certificado electrónico de representación de la entidad.

6. ¿QUÉ DOCUMENTACIÓN HAY QUE PRESENTAR ?

PARA AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN

(artículo 10 del Decreto 69/2008)

- Solicitud debidamente cumplimentada en todos sus apartados.
Las firmas se consideraran validas según lo recogido en el punto 5 de esta guía.



- Acreditación de la representación que ostenta:
 - **Titular persona física:** DNI del titular o certificado electrónico personal, o en el caso de actuar por medio de representante “**acreditación de su inscripción en el registro electrónico de apoderamiento**”.
 - **Titular persona jurídica:** Escrituras, tarjeta fiscal con el NIF
- Justificante del pago de las tasas: Justificante de pago modelo 046
- Memoria descriptiva del Centro o Establecimiento: Consiste en un documento el cual describa las distintas dependencias del Centro o Establecimiento sanitario, indicando: dirección, características generales, espacios previstos, equipamiento con relación al tipo de Establecimiento/Centro y unidades asistenciales solicitadas. Dicha memoria descriptiva debe ser clara y concisa, centrándose en los aspectos de la instalación que tengan relación con la autorización sanitaria solicitada por lo tanto.

En el caso de que se pretenda realizar alguna modificación de las instalaciones existentes debe aclarar que se pretende modificar en el centro o establecimiento ya autorizado.

Los traslados se consideran como un centro nuevo y se les asigna nuevo NICA.

- Planos a escala expresivos de la distribución y dimensiones de las distintas dependencias y ubicación de su equipamiento e instalaciones: Plano a escala indicando tamaño y situación de cada unidad asistencial y equipos que complementa la memoria descriptiva debiendo corresponderse con lo indicado en ella.
Si utilizan un mismo espacio varias unidades debe aportar cronograma aclaratorio.
- Cuestionario de garantía de adaptación y adecuación del proyecto a los requisitos establecidos en el Anexo III del Decreto: Puede descargarlo del enlace indicado en el punto primero de esta guía. Debe de firmarlo el titular.
- Otros (especificar:) Cuando presente otra documentación distinta a la anteriormente indicada.

PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

(artículo 12 del Decreto 69/2008)

- Solicitud debidamente cumplimentada en todos sus apartados.
Las firmas se consideraran validas según lo recogido en el punto 5 de esta guía.
- Acreditación de la representación que ostenta:
 - **Titular persona física:** DNI del titular o certificado electrónico personal, o en el caso de actuar por medio de representante “**acreditación de su inscripción en el registro electrónico de apoderamiento**”.
 - **Titular persona jurídica:** Escrituras, tarjeta fiscal con el NIF
- Justificante del pago de las tasas: Justificante de pago modelo 046
- Contenido de la publicidad prevista para el centro, en su caso: Se refiere al texto y contenido previsto para publicitar el centro, si no va a hacer publicidad, debe indicarlo expresamente.
Debe tener en cuenta que si pretende poner un rotulo en la puerta o fachada del local, este tiene la consideración de publicidad.



- Licencia de obras, en su caso y Certificación, suscrita por la dirección técnica de la obra, de su finalización y del cumplimiento de las normas exigibles en materia de construcción, instalaciones y seguridad, en su caso: Ambos documentos deben aportarse, si se ha realizado obra, en caso contrario debe estar aclararlo expresamente en el documento denominado *memoria descriptiva* de las instalaciones.
- Organigrama del centro: Debe indicar la unidad bajo de denominación y codificación oficial y dentro de ella los profesionales: nombre y apellidos, DNI, cargo/puesto y titulación del personal sanitario del Establecimiento o Centro. (por ejemplo, U.69 Psiquiatría: Dr. Antonio Rodríguez García, DNI 28918056F, médico especialista en psiquiatría)

Si un profesional está en varias unidades debe indicarse en todas las que preste servicio.

- Certificaciones de títulos académicos o profesionales de carácter obligatorio: fotocopias de los títulos oficiales o resguardo de haber abonado las tasas correspondientes a la expedición del título (los certificados académicos o de otro tipo no tienen valor a estos efectos) y de los DNI de cada profesional.
- Plan funcional global del centro y de las unidades que lo integran: Es un documento en el que constan: Características de la población a atender - Cartera de Servicios - Procesos asistenciales: alcance y complejidad de la atención sanitaria a desarrollar - Descripción de los aspectos organizativos - Recursos necesarios.

En el caso de que se pretenda modificar la oferta asistencial para ampliar, deberá aportarse nuevamente siendo un reflejo fiel de lo que el centro ofrece en ese momento, refiriendo todas las unidades que haya en el centro, tanto las anteriores como las futuras, requiriendo en este caso de mayor desarrollo en la redacción.

PARA SOLICITAR UNA MODIFICACIÓN (estructura y/o cartera de servicios)

(artículo 16 del Decreto 69/2008)

- Solicitud debidamente cumplimentada en todos sus apartados.
Las firmas se consideraran validas según lo recogido en el punto 5 de esta guía.
- Acreditación de la representación que ostenta:
 - **Titular persona física**: DNI del titular o certificado electrónico personal, o en el caso de actuar por medio de representante “**acreditación de su inscripción en el registro electrónico de apoderamiento**”.
 - **Titular persona jurídica**: Escrituras, tarjeta fiscal con el NIF
- Justificante del pago de las tasas: Justificante de pago modelo 046
- Por “cambios en la estructura del centro”, habrá de presentarse la solicitud acompañada de la documentación exigida para la solicitud de la autorización sanitaria de instalación
- Por “cambios en la oferta asistencial del centro”, sin necesidad de alterar *la estructura* del centro, habrá de presentarse la solicitud acompañada de la documentación exigida para la solicitud de la autorización sanitaria de funcionamiento.
- Cuando se den ambos casos se adjuntará lo indicado para instalación y funcionamiento.

PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE TITULARIDAD:

Solicitud en modelo oficial, marcando MODIFICACIÓN, y en la relación de unidades asistenciales todas las unidades de las que dispone el centro, entendiendo que renuncia a las no marcadas.

- Solicitud debidamente cumplimentada en todos sus apartados.
Las firmas se consideraran validas según lo recogido en el punto 5 de esta guía.
La solicitud puede presentarla tanto el titular cedente, como el nuevo titular
- Acreditación de la representación que ostenta:
 - **Titular persona física:** DNI del titular o certificado electrónico personal, o en el caso de actuar por medio de representante “**acreditación de su inscripción en el registro electrónico de apoderamiento**”.
 - **Titular persona jurídica:** Escrituras, tarjeta fiscal con el NIF
- Documentación acreditativa del cambio de titularidad del centro, servicio o establecimiento.
 - Cuando tanto el titular como el nuevo titular sean personas físicas bastará con la presentación de un **documento suscrito por ambas partes**, bien con firmas manuscritas, aportando ambos DNI o con firmas electrónicas.
 - En el supuesto de que el titular, el nuevo titular o ambos fuesen personas jurídicas, se deberá presentar **documento notarial de la transmisión**
- Es necesario aportar un listado actualizado del personal por unidades asistenciales. Indicando Unidad: nombre/apellidos, DNI y titulación.
En el caso de nuevas altas deberán aportar fotocopias de los títulos y DNI de los mismos.
- Justificante del pago de las tasas: Justificante de pago modelo 046

COMUNICACIÓN DE CIERRE

Cuando se pretenda cesar las actividades de un centro sanitario, simplemente deberá presentarse por registro, un escrito, firmado por el titular o representante legal (Las firmas se consideraran validas según lo recogido en el punto 5 de esta guía), informado que se tiene previsto el cese de actividad, en la fecha que se indique, bien del centro o establecimiento sanitario, bien de una o varias unidades asistenciales del centro en cuestión.

PARA SOLICITAR LA RENOVACIÓN (artículo 14 del Decreto 69/2008)

La autorización de funcionamiento se extingue a los cinco años de su concesión (o a los 5 años desde la última autorización de modificación); y debe solicitarse su renovación con una antelación mínima de 3 meses a la fecha de extinción de su vigencia.

Para solicitar esta renovación deberá aportar la siguiente documentación

- Solicitud debidamente cumplimentada en todos sus apartados.
Las firmas se consideraran validas según lo recogido en el punto 5 de esta guía.



Debe tener en cuenta al cumplimentar la relación de unidades asistenciales del centro sanitario, que tiene que marcar las unidades que se renuevan; ya que las no marcadas se darán de baja; Así mismo, no pueden incluirse nuevas unidades, pues esto sería una modificación, no una renovación).

- Justificante del pago de las tasas: Justificante de pago modelo 046.
- Declaración responsable firmada por la persona titular del centro o su representante legal donde se certifique: (**Adjuntamos modelo**)
 - Que dicho centro/servicio/establecimiento sanitario, desde la última autorización de modificación/funcionamiento NO HA SIDO OBJETO DE MODIFICACIÓN RESPECTO A :
Titularidad.
Oferta Asistencial.
Estructura Funcional y/o Física del Centro.
Equipamiento (Tecnología, Camas e Instalaciones referidas en Anexo II del Decreto 69/2008
 - Que dicho centro/servicio/establecimiento sanitario cumple con la legislación específica y reúne los requisitos establecidos, en su caso, en los apartados A) y B) y C) del Anexo III del Decreto 69/2008, de 26 de febrero.
 - Que la publicidad del Centro/Servicio/Establecimiento sanitario no induce a error y se limita a los servicios y actividades para los que cuenten con autorización y hace constar el nº NICA .
- Relación actualizada del personal sanitario que dispone el centro, desglosado por unidades asistenciales autorizadas.
 - En el caso de que hubiera alguna modificación de los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el centro no comunicadas a este Servicio, deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos aportando fotocopia de la Titulación Oficial requerida o en su caso, documento acreditativo de haber abonado las tasas para la expedición del mismo.

7. ¿CÓMO COMUNICAR LAS VARIACIONES EN LA PLANTILLA COMUNICADA DEL CENTRO?

Las variaciones de la plantilla (altas y bajas de profesionales sanitarios), no requieren de autorización sanitaria. Se realizan mediante una simple comunicación firmada por el titular o representante de la titularidad centro/establecimiento, en las condiciones señaladas en el punto 5 de esta guía, presentada a través de registro electrónico.

- Para las bajas, se debe identificar al profesional y la unidad asistencial en la que prestaba servicios.
- Para las Altas se debe identificar al profesional e indicar la unidad en la que va a prestar servicios, aportando, solamente, copia simple del DNI y de la titulación oficial.

Este trámite no conlleva el pago de tasas.

8. FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Las personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica y quienes ejerzan una actividad profesional para la que se requiera colegiación obligatoria, deben relacionarse OBLIGATORIAMENTE por vía electrónica, para cualquier trámites o actuaciones que realicen con las Administraciones Públicas en ejercicio de dicha actividad profesional

Para presentar documentación de manera telemática deberán hacerlo a través de

ENLACES DIRECTO PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA GENERAL

<https://juntadeandalucia.es/servicios/tramites/presentacion-documentos/peg.html>

En el caso que el titular sea persona física, puede, además de la anterior opción:

- Presentar la documentación de manera presencial en cualquier registro público. Si es un registro de la Junta de Andalucía debe solicitar cita previa en la siguiente dirección:
Oficinas de asistencia en materia de registros
- Enviar la documentación mediante carta certificada en cualquier oficina de Correos.

9. ¿CÓMO REALIZAR EL PAGO DE LAS TASAS?

Para el abono de las tasas es necesario utilizar el modelo 046, que se puede obtener en la web de la Consejería de Hacienda:

<https://juntadeandalucia.es/temas/administracion/impuestos/tramite.html>

Respecto a la cumplimentación del modelo 046, le indicamos cómo rellenar los campos que se indican:

Datos Generales:	NICA (salvo para centro nuevos) y Tasa abonada: INSTALACIÓN , FUNCIONAMIENTO, MODIFICACIÓN o RENOVACIÓN.
Código Territorial:	SA4101
Concepto de pago:	TJ25
Cantidad a pagar:	Ver cuadro siguiente de Tasas a ingresar

Con respecto al devengo de las tasas correspondientes a los procedimientos de autorización de centros, se prevé en la Ley 10/2021, de 28 de diciembre, de tasas y precios públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Artículo 91.

2.	Centros y servicios extrahospitalarios (excepto centros de transporte sanitario):	
2.1.	Autorización sanitaria de instalación :	
2.1.1	Cantidad base.	60 euros
2.1.2	Por cada unidad asistencial.	10 euros
2.2.	Autorización sanitaria de funcionamiento :	
2.2.1	Cantidad base.	100 euros
2.2.2	Por cada unidad asistencial.	20 euros
2.3.	Autorización sanitaria de modificación :	
2.3.1	Por cambios en la <u>estructura</u> del centro o servicio extrahospitalario.	50 euros



	2.3.2	Por <u>cambios en los servicios</u> que constituyen la oferta asistencial del centro o servicio:	
		Cantidad base.	50 euros
		Por cada unidad asistencial.	10 euros
	2.3.3	Por <u>cambios en la estructura del centro o servicio extrahospitalario y en los servicios</u> que constituyen la oferta asistencial del centro o servicio:	
		Cantidad base.	100 euros
		Por cada unidad asistencial.	20 euros
2.4.	Renovación de la autorización sanitaria de funcionamiento. Según el número de unidades asistenciales:		
	2.4.1	Hasta 5 unidades.	100 euros
	2.4.2	6 o más. Por cada unidad.	20 euros
3.	Centros de transporte sanitario:		
3.1.	<i>Autorización sanitaria de funcionamiento:</i>		
	3.1.1	<i>Ambulancia no asistida (cuidados mínimos).</i>	57 euros
	3.1.2	<i>Ambulancia asistencial soporte vital básico (medicalizables).</i>	70 euros
	3.1.3	<i>Ambulancia asistencial soporte vital avanzado (medicalizada).</i>	100 euros
	3.1.4	<i>Transporte sanitario colectivo.</i>	40 euros
4.	Establecimientos sanitarios de óptica, ortopedia y audioprótesis:		
	4.1.	Autorización de instalación.	60 euros
	4.2.	Autorización de funcionamiento.	150 euros
	4.3.	Autorización de modificación.	70 euros
	4.4.	Renovación.	100 euros
5.	Establecimientos sanitarios de botiquín farmacéutico y oficina de farmacia:		
	5.1.	Autorización de instalación y traslado.	60 euros
	5.2.	Autorización de funcionamiento.	150 euros
	5.3.	Autorización de modificación de local.	70 euros
7.	Bancos de tejidos:		
	7.1.	Autorización específica por cada uno de los tejidos objeto de sus actividades.	150 euros
8.	Cambio de titularidad en todos los centros y establecimientos anteriores.		30 euros
9.	Otras autorizaciones específicas de los centros y establecimientos anteriores, no comprendidas en apartados anteriores.		60 euros
*	Artículo. 77.2.3.Certificados, atestados, visados, registros, autorizaciones y demás documentos no gravados de forma específica, a instancia de parte. El certificado de psicólogo/a sanitario inscrito en Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (SICESS)		24,85 euros .

Art. 12 .

EXENCIÓN PAGO TASAS

la Administración de la Junta de Andalucía y sus agencias administrativas y de régimen especial, y las agencias públicas empresariales a que se refiere el art. 68,1,b) de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, están exentas de pago de las tasas para Renovación de la autorización sanitaria de funcionamiento (Art. 12, Ley 10/2021 de tasas y precios públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de 28 de diciembre)

NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Las personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica y quienes ejerzan una actividad profesional para la que se requiera colegiación obligatoria deben darse de alta OBLIGATORIAMENTE en el Sistema de Notificaciones Electrónicas de la Junta de Andalucía, ya que cualquier notificación emitida por la Administración de la Junta de Andalucía será puesta a disposición de la persona interesada a través de este medio.

El uso de este **sistema es voluntario en el caso de las personas físicas, aunque se recomienda su uso** para la agilización de los trámites si disponen de certificado digital.

Pueden darse de alta y acceder al contenido de las notificaciones el Sistema de Notificaciones Electrónicas (Notific@), cuyo enlace les facilitamos a continuación:

<https://ws020.juntadeandalucia.es/notificaciones/snja/inicio.jsp>



SOLICITUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Código de procedimientos: 1014; 1015; 1021; 1022; 9016)

☐ INSTALACIÓN ☐ MODIFICACIÓN ☐ AUTORIZACIÓN DE CIERRE (1) ☐ RENOVACIÓN ☐ FUNCIONAMIENTO
Decreto 69/2008, de 26 de febrero (BOJA nº 52, de fecha 14 de marzo de 2008)

(1) En los supuestos contemplados en el artículo 17.1 del Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las autorizaciones sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

1. DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

DENOMINACIÓN:						N.I.C.A. (2):	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:			PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
(2) Número de Identificación de Centros de Andalucía (consignar solo en caso de modificación o renovación)							

2. DATOS DE LA/S PERSONA/S TITULAR/ES Y DE LA REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						☐ H ☐ M	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:			PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						☐ H ☐ M	
ACTÚA EN CALIDAD DE:							



3. NOTIFICACIÓN

3.1 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

(A cumplimentar por las personas NO OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración)

Marque sólo una opción.

- ☐ **OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica: (Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).

TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
MUNICIPIO:		ENTIDAD DE POBLACIÓN:		PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:
TELÉFONO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:					

- ☐ **OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).

Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.

Correo electrónico:

Nº teléfono móvil:

(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones>.

3.2 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA

(A cumplimentar por las personas OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración)

Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo (1).

Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.

Correo electrónico:

Nº teléfono móvil:

(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones>.

4. DERECHO DE OPOSICIÓN

El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):

- ☐ **ME OPONGO** a la consulta de los **datos de identidad** de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporoto copia del DNI/NIE.
- ☐ **ME OPONGO** a la consulta de los **datos de identidad** de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporoto copia del DNI/NIE.

5. DOCUMENTACIÓN

A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA:

- ☐ Acreditación de la representación que ostenta.
- ☐ Justificante del pago de las tasas

B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN (centro o establecimiento nuevo y modificación por cambio sustancial de estructura ⁽³⁾):

- ☐ Memoria descriptiva del centro o establecimiento
- ☐ Planos a escala expresivos de la distribución y dimensiones de las distintas dependencias y ubicación de su equipamiento e instalaciones
- ☐ Cuestionario de garantía de adaptación y adecuación del proyecto a los requisitos establecidos en el Anexo III del Decreto
- ☐ Otro/s (especificar)



5. DOCUMENTACIÓN (Continuación)

C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO (centro, servicio o establecimiento nuevo y modificación por cambio de oferta asistencial o por cambio de estructura) (3):

- ☐ Contenido de la publicidad prevista para el centro, en su caso
- ☐ Licencia de obras, en su caso
- ☐ Certificación, suscrita por la dirección técnica de la obra, de su finalización y del cumplimiento de las normas exigibles en materia de construcción, instalaciones y seguridad, en su caso
- ☐ Organigrama del centro
- ☐ Certificaciones de títulos académicos o profesionales de carácter obligatorio
- ☐ Plan funcional global del centro y de las unidades que lo integran

(3) En los supuestos de modificación por cambio de estructura se exige la documentación específica que figura en los apartados B y C

D) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE CIERRE:

- ☐ Memoria justificativa del proyecto de cierre
- ☐ Memoria de las fases previstas y forma secuencial de la supresión de la actividad
- ☐ Análisis de la repercusión del cierre sobre las prestaciones sanitarias proporcionadas mediante el convenio o concierto

E) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE TITULARIDAD:

- ☐ Documentación acreditativa del cambio de titularidad del centro, servicio o establecimiento, en su caso

F) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN:

- ☐ Declaración responsable

Y en el caso de haberme opuesto a su consulta en el apartado 4:

- ☐ Copia del DNI/NIE de la persona solicitante
- ☐ Copia del DNI/NIE de la persona representante

DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES

Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				



6. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y que:

- ☐ El centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.

Y **SOLICITA** la concesión de la autorización administrativa del centro, servicio o establecimiento con las características detalladas en la presente solicitud.

En a de de
LA PERSONA TITULAR / REPRESENTANTE

Fdo.:

- ☐ **ILMO./A. SR./A. SECRETARIO/A GENERAL TÉCNICO/A DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS** (en caso de centros de internamiento)

- ☐ **ILMO./A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS EN** (en los demás casos)

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaria General Técnica cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020-Sevilla y correo electrónico sgt.csafa@juntadeandalucia.es
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento CSALUD-AUTORIZACIONES Y COMUNICACIONES DE SERVICIOS, CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS Y DE ALMACENES DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS, con la finalidad de gestión de las autorizaciones administrativas sanitarias exigidas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía y mantenimiento del Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios; la licitud de dicho tratamiento se basa en el RGPD: arts. 6.1.c (Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento) y 6.1.e (Tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento), consecuencia de lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (arts. 23 y 29); Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (art. 19.1); Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios; Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios; Decreto 81/1997, de 13 de marzo, por el que se regulan los Bancos de Tejidos en la Comunidad Autónoma de Andalucía; Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía; Decreto 155/2016, de 27 de septiembre, por el que se regulan los requisitos técnicos-sanitarios, de espacios, de señalización e identificación de las oficinas de farmacia, así como los procedimientos de autorización de las mismas para la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficiales; Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre, sobre distribución de medicamentos de uso humano.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal. La Secretaria General Técnica contempla la cesión de datos al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (exigido por Orden SCO/3866/2007, de 18 de diciembre, por la que se establece el contenido y la estructura del Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo). Los nombres de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sus direcciones y teléfonos se publican en la web de la Consejería de Salud y Familias como información accesible a la ciudadanía para la consulta del Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/166281.html>



AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

RELACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES

Marque con una "X" las unidades del centro

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ U.1 Medicina General/de Familia | ☐ U.39 Angiología y Cirugía Vascular | ☐ U.79 Hematología Clínica |
| ☐ U.2 Enfermería | ☐ U.40 Cirugía Cardíaca | ☐ U.80 Laboratorio de Hematología |
| ☐ U.3 Enfermería Obstétrico-Ginecología (Matrona) | ☐ U.41 Hemodinámica | ☐ U.81 Extracción de Sangre para Donación |
| ☐ U.4 Podología | ☐ U.42 Cirugía Torácica | ☐ U.82 Servicio de Transfusión |
| ☐ U.5 Vacunación | ☐ U.43 Cirugía General y Digestivo | ☐ U.83 Farmacia |
| ☐ U.6 Alergología | ☐ U.44 Odontología/Estomatología | ☐ U.84 Depósito de medicamentos |
| ☐ U.7 Cardiología | ☐ U.45 Cirugía Maxilofacial | ☐ U.85 Farmacología Clínica |
| ☐ U.8 Dermatología | ☐ U.46 Cirugía Plástica y Reparadora | ☐ U.86 Radioterapia |
| ☐ U.9 Aparado Digestivo | ☐ U.47 Cirugía estética | ☐ U.87 Medicina Nuclear |
| ☐ U.10 Endocrinología | ☐ U.48 Medicina Estética | ☐ U.88 Radiodiagnóstico |
| ☐ U.11 Nutrición y Dietética | ☐ U.49 Neurocirugía | ☐ U.89 Asistencia a lesionados y contaminados radiactivos y radiaciones |
| ☐ U.12 Geriatria | ☐ U.50 Oftalmología | ☐ U.90 Medicina Preventiva |
| ☐ U.13 Medicina Interna | ☐ U.51 Cirugía Refractiva | ☐ U.91 Medicina de la Educación Física y el Deporte |
| ☐ U.14 Nefrología | ☐ U.52 Otorrinolaringología | ☐ U.92 Medicina Hiperbárica |
| ☐ U.15 Diálisis | ☐ U.53 Urología | ☐ U.93 Extracción de Órganos |
| ☐ U.16 Neumología | ☐ U.54 Litotricia renal | ☐ U.94 Trasplante de Órganos |
| ☐ U.17 Neurología | ☐ U.55 Traumatología y Cirugía Ortopédica | ☐ U.95 Obtención de Tejidos |
| ☐ U.18 Neurofisiología | ☐ U.56 Lesionados medulares | ☐ U.96 Implantación de Tejidos |
| ☐ U.19 Oncología | ☐ U.57 Rehabilitación | ☐ U.97 Banco de Tejidos |
| ☐ U.20 Pediatría | ☐ U.58 Hidrología | ☐ U.98 Medicina Aeronáutica |
| ☐ U.21 Cirugía Pediátrica | ☐ U.59 Fisioterapeuta | ☐ U.99 Medicina del Trabajo |
| ☐ U.22 Cuidados Intermedios Neonatales | ☐ U.60 Terapia Ocupacional | ☐ U.100 Transporte Sanitario (carretera, aéreo, marítimo) |
| ☐ U.23 Cuidados Intensivos Neonatales | ☐ U.61 Logopedia | ☐ U.100.1 Ambulancia no asistida (cuidados mínimos) |
| ☐ U.24 Reumatología | ☐ U.62 Foniatria | ☐ U.100.2 Ambulancia asistencial soporte vital básico (medicalizables) |
| ☐ U.25 Obstetricia | ☐ U.63 Cirugía Mayor Ambulatoria | ☐ U.100.3 Ambulancia asistencial soporte vital avanzado (medicalizada) |
| ☐ U.26 Ginecología | ☐ U.64 Cirugía Menor Ambulatoria | ☐ U.100.4 Transporte sanitario colectivo |
| ☐ U.27 Inseminación Artificial | ☐ U.65 Hospital de Día | ☐ U.100.5 Helicóptero |
| ☐ U.28 Fecundación in vitro | ☐ U.66 Atención Sanitaria Domiciliaria | ☐ U.101 Terapias no Convencionales |
| ☐ U.29 Banco de Semen | ☐ U.67 Cuidados Paliativos | ☐ U.101.1 Acupuntura |
| ☐ U.30 Laboratorio de Semen para Capacitación Espermática | ☐ U.68 Urgencias | ☐ U.101.2 Homeopatía |
| ☐ U.31 Banco de Preembriones | ☐ U.69 Psiquiatría | ☐ U.102 Medicina legal |
| ☐ U.32 Recuperación de Oocitos | ☐ U.70 Psicología Clínica | ☐ U.103 Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia |
| ☐ U.33 Planificación Familiar | ☐ U.71 Tratamiento Sanitario a Drogodependientes | ☐ U.104 Banco de oocitos |
| ☐ U.34 Interrupción Voluntaria del Embarazo | ☐ U.72 Obtención de Muestras | ☐ U.900 Otras Unidades Asistenciales |
| ☐ U.34.1 I.V.E. menos de 12 semanas | ☐ U.73 Análisis Clínicos | ☐ U.900.1 Psicología |
| ☐ U.34.2 I.V.E. más de 12 semanas | ☐ U.74 Bioquímica Clínica | ☐ U.900.2 Telemedicina |
| ☐ U.35 Anestesia y Reanimación | ☐ U.75 Inmunología | ☐ U.900.3 Gabinete optométrico |
| ☐ U.36 Tratamiento del Dolor | ☐ U.76 Microbiología y Parasitología | ☐ U.900.4 Atención Infantil temprana |
| ☐ U.37 Medicina Intensiva | ☐ U.77 Anatomía Patológica | |
| ☐ U.38 Quemados | ☐ U.78 Genética | |



AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Continuación)					
RELACIÓN DE PROFESIONALES					
MEDICINA	Nº ESTABLES	Nº OCASIONALES	ENFERMERÍA	Nº ESTABLES	Nº OCASIONALES
Medicina General			Enfermería		
Alergología			Enfermería de Cuidados Especiales		
Análisis Clínicos			Enfermería de Salud Comunitaria		
Anatomía Patológica			Enfermería de Salud Mental		
Anestesiología y reanimación			Enfermería Geriátrica		
Angiología y cirugía vascular			Enfermería Pediátrica		
Aparato digestivo			Enfermería obstetro-ginecología (matrona)		
Bioquímica Clínica			Enfermería laboral		
Cardiología			FARMACIA		
Cirugía cardiovascular			Farmacia		
Cirugía general y del aparato digestivo			Análisis Clínicos		
Cirugía maxilofacial			Farmacia Hospitalaria		
Cirugía pediátrica			Farmacología Clínica		
Cirugía plástica estética y venerología			Radiofarmacia		
Cirugía torácica			Otras especialidades		
Dermatología quirúrgica y reparadora			OTRAS TITULACIONES UNIVERSITARIAS		
Endocrinología y nutrición			Biología		
Estomatología			Grado en óptica y optometría		
Farmacología clínica			Física		
Geriátrica			Fisioterapeuta		
Hematología y hemoterapia			Odontología		
Hidrología médica			Podología		
Inmunología			Psicología clínica		
Medicina de la Educación Física y el Deporte			Química		
Medicina del Trabajo			Logopedia		
Medicina Espacial			Grado en nutrición humana y dietética		
Medicina familiar y comunitaria			Terapia Ocupacional		
Medicina intensiva			Otras titulaciones		
Medicina Interna			FORMACIÓN PROFESIONAL		
Medicina Legal y Forense			Auxiliar de Clínica		
Medicina nuclear			Téc. en Farmacia		
Medicina preventiva y salud pública			Prot. Dental		
Microbiología y parasitología			Téc. Sup. anatomía patológica y citología		
Nefrología			Téc. Sup. Audioprótesis		
Neumología			Téc. Sup. Dietética		
Neurocirugía			Téc. Sup. Higiene Bucodental		



AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Continuación)					
RELACIÓN DE PROFESIONALES (Continuación)					
MEDICINA	Nº ESTABLES	Nº OCASIONALES	ENFERMERÍA	Nº ESTABLES	Nº OCASIONALES
Neurofisiología clínica			Téc. Sup. Imagen para el diagnóstico		
Neurología			Téc. Sup. Laboratorio diagnóstico clínico		
Obstetricia y Ginecología			Téc. Sup. Ortoprótisis		
Oftalmología			Tec. Sup. en radioterapia		
Oncología Médica			Téc. Sup. en Salud Ambiental		
Oncología radioterápica			Otros		
Otorrinolaringología			PERSONAL NO SANITARIO		
Pediatría y sus áreas específicas			Téc. Sup. óptico anteojería		
Psiquiatría			OTROS (especificar titulación)		
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia			OTROS (especificar titulación)		
Radiodiagnóstico					
Rehabilitación					
Reumatología					
Traumatología y cirugía ortopédica					
Urología					
EQUIPAMIENTO					
TIPO ALTA TECNOLOGÍA	Nº (*)	MARCA	MODELO	FECHA FABRICACIÓN	
Resonancia Magnética (RM)					
Gammacámara Convencional (GAM)					
Tomografía por Emisión de Fotones (SPECT)					
Tomografía por Emisión de Positrones (PET)					
Sala de Hemodinámica (HM)					
Angiografía por Sustracción Dicial (ASD)					
Litotricia Extracorpórea (LIT)					
Bomba de Cobalto (BCO)					
Acelerador de Partículas (ALI)					
Tomografía Axial Computerizada (TAC)					
OTRAS TECNOLOGÍAS	Nº (*)	MARCA	MODELO	FECHA FABRICACIÓN	
Telemando					
Ecógrafo					
Portátil					
Ecocardio					
Holter					
Densitometría Ósea					
Mamógrafo					
(*) Si el número a consignar de un determinado equipo es superior a uno, anote dicho número en la casilla correspondiente e indique los datos de marca, modelo y fecha de fabricación en un folio suplementario.					



EQUIPAMIENTO (Continuación)				
AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Continuación)				
OTRAS TECNOLOGÍAS	Nº (*)	MARCA	MODELO	FECHA FABRICACIÓN
Radiología vascular				
Láser Oftalmológico				
Diálisis				
Radiología Convencional				
(*) Si el número a consignar de un determinado equipo es superior a uno, anote dicho número en la casilla correspondiente e indique los datos de marca, modelo y fecha de fabricación en un folio suplementario.				
CAMAS	Nº			
Camas para ingresos				
Camas no destinadas a ingresos				
Camas Polivalentes / Indistintas				
Incubadoras				
INSTALACIONES	Nº			
Consultas de Urgencias				
Consultas Externas				
Salas de Rehabilitación (gimnasios)				
Paritorios				
Quirófanos				
Salas de Curas				
Salas de Esterilización				
Salas de Exploraciones Funcionales				



INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO:

1. DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

La persona o entidad que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

2. DATOS DE LA/S PERSONA/S TITULAR/ES Y DE LA REPRESENTANTE LEGAL

La persona o entidad que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

3. NOTIFICACIÓN

- Para las personas NO OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración, (apartado 2.1.) será necesario elegir una de las dos opciones de notificación que se ofrecen.
- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos al domicilio de notificación. *[Para los supuestos en los que se hubieran recogido los datos relativos al domicilio en el apartado correspondiente a los datos personales, habría que incluir aquí lo siguiente: "Si ha optado por la notificación en papel, únicamente deberá cumplimentar los datos relativos al lugar de notificación en el caso de que éste no coincida con el domicilio indicado previamente en el apartado relativo a datos personales".]*
- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, es conveniente cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder efectuar los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente.
- De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.
- Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.
- Para el caso de personas OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración, (apartado 2.2.), los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

4. DERECHO DE OPOSICIÓN

Cumplimentar únicamente en el caso de que desee oponerse a la consulta de los datos señalados.

5. DOCUMENTACIÓN

Marque qué documentación presenta efectivamente, la cual se encuentra ya indicada, en caso de hacerlo.

En el caso de que se haya opuesto, o en su caso, no haya prestado su consentimiento expreso para la consulta de algún dato, debe marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones, solo procederá cumplimentarlos cuando ejerza el derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos deberá indicar toda la información que se le solicita.

6. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

ILMO./A. SR./A.: Deberá cumplimentar indicando el órgano al que se dirige la solicitud.

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

MODELO DE CUESTIONARIO DE GARANTÍA DE ADAPTACIÓN Y ADECUACIÓN DEL PROYECTO A LAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO ESTABLECIDAS EN EL ANEXO III DEL DECRETO 69/2008, DE 26 DE FEBRERO (Código de procedimiento: 1014 - 1021)⁽¹⁾

(1) Adjuntar a la solicitud de autorización de instalación según lo previsto en el artículo 10.2.c) del Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios

1	DATOS DE LA SOLICITUD Y DEL CENTRO / SERVICIO / ESTABLECIMIENTO SANITARIO									
TIPO DE CENTRO / SERVICIO / ESTABLECIMIENTO SANITARIO:								FECHA DE LA SOLICITUD:		
NOMBRE DEL CENTRO / SERVICIO / ESTABLECIMIENTO SANITARIO:										
DOMICILIO:										
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:					NÚMERO:	LETRA:	KM. EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:
ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:				PROVINCIA:	C. POSTAL:		
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						

2	DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL									
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA / DE LOS TITULAR/ES:								NIF.:		
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO:								NIF.:		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:										
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:					NÚMERO:	LETRA:	KM. EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:
ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:				PROVINCIA:	C. POSTAL:		
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						

3	CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE									
☐ La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.										
☐ NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.										

4	CUESTIONARIO										
A) ADECUACIÓN DEL PROYECTO PRESENTADO A LAS CONDICIONES GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.											
1.1 El proyecto se adecua a la siguiente normativa legal aplicable a su actividad y a su estructura:										SÍ	NO
a) La relativa a seguridad de edificios y locales destinados a uso público.										☐	☐
b) La referida a garantía de seguridad de equipos e instalaciones.										☐	☐
c) La referida al tratamiento de residuos.										☐	☐
d) La relativa a la contaminación acústica y las emisiones a la atmósfera.										☐	☐
1.2 El centro, servicio o establecimiento proyectado implantará protocolos para asegurar la adaptación de su actividad a los conocimientos científicos y técnicas utilizadas en cada momento.										☐	☐
2.- Se dispone de documentación justificativa de que los espacios físicos, instalaciones, equipos y recursos humanos previstos en el proyecto son suficientes para desenvolver la oferta asistencial de forma adecuada a la finalidad pretendida.										☐	☐
3.- Existe constancia documental de que se dispone de personal facultativo y sanitario no facultativo con la titulación requerida para cubrir la atención sanitaria en las Unidades y especialidades que lo conforman, de acuerdo a sus características y oferta de servicios.										☐	☐
4.- El centro tiene su Planificación Funcional plasmada en un documento en el que constan: Características de la población a atender - Cartera de Servicios - Procesos asistenciales: alcance y complejidad de la atención sanitaria a desarrollar - Descripción de los aspectos organizativos - Recursos necesarios.										☐	☐
5.- Se registrará la atención sanitaria dispensada en un archivo cuyo contenido permitirá el seguimiento del proceso.										☐	☐
6.- Se tienen previstos los mecanismos que aseguren el cumplimiento de la normativa en materia de archivo, documentación clínica y Libro de Reclamaciones, respetando, en todo caso, las normas sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal.										☐	☐
7.- Se ha proyectado el Registro de los documentos que resultan exigibles legal o administrativamente para el centro, sus instalaciones y equipos.										☐	☐
8.- En el centro se realiza alguna función propia del mismo por una empresa ajena a su titular o un profesional mediante la prestación de servicios por cuenta propia:										☐	☐
8.1 En caso afirmativo, el contrato será formalizado por escrito y asegurará el cumplimiento de los requisitos exigibles al centro para tales cometidos, tanto estructurales, como de organización y funcionamiento, así como cualquiera que les sean de aplicación según la legalidad vigente.										☐	☐

4 CUESTIONARIO (continuación)**B) ADAPTACIÓN DEL PROYECTO A LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LOS CENTROS SANITARIOS CON INTERNAMIENTO.**

a) Requisitos de funcionamiento:

- Dispone de personal médico con presencia física en el centro las 24 horas del día teniendo definido procedimiento organizativo a tal fin.
- Tiene guardias localizadas de médicos especialistas.
- En caso afirmativo a la cuestión anterior, se implantará un procedimiento de localización urgente de médico especialista.

SÍ	NO
☐	☐
☐	☐
☐	☐

b) Áreas obligatorias:

- Dispone de las siguientes áreas funcionales:

Dirección
Administración
Admisión
Archivo de historias clínicas
Mortuorio
Hospitalización
Servicio de farmacia o depósito de medicamentos
Radiodiagnóstico
Toma de muestras y determinaciones analíticas básicas
Cocina
Lavandería y lencería
Esterilización

SÍ	NO
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

- Tiene confeccionados documentos definitorios de los siguientes programas:

Planes de seguridad en materia de riesgos a personas
Planes de limpieza y de eliminación de residuos
Mantenimiento del Edificio e Instalaciones Generales
Mantenimiento del equipamiento de electromedicina

SÍ	NO
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

- Tiene concertada la realización de radiodiagnóstico, u otras pruebas, conforme a un protocolo de actuación para los casos de traslado de pacientes ingresados a otros centros en casos urgentes, o de necesidad de prestaciones terapéuticas o diagnósticas no existentes en el centro

☐	☐
--------------------------	--------------------------

C) CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LOS CENTROS SANITARIOS SIN INTERNAMIENTO.

El centro sanitario dispone de las siguientes unidades funcionales:

- Dirección y administración
- Mantenimiento y plan de seguridad
- Archivo de documentación sanitaria
- Área de recepción y espera de usuarios
- Área para la actividad sanitaria
- El Centro dispone del personal, instalaciones y equipamiento acordes a su oferta asistencial y a su cartera de servicios

SÍ	NO
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Nota: Los centros sanitarios de los tipos 'consultas médicas' (medicina general y especialidades) y 'consultas de otros profesionales sanitarios' no están obligados a constituir de forma diferenciada las unidades funcionales anteriores, pudiendo ser asumidas sus funciones por el profesional sanitario titular, personalmente o por delegación en un colaborador o empleado.

5 DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA** responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en el presente cuestionario.

En a de de

EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

☐ **ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL TECNICO/A DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS** (en caso de centros de internamiento)

☐ **ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS EN** (en los demás casos)

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales son la Secretaría General Técnica, la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios de la Consejería de Salud y Familias, cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla

b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es

c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión de las autorizaciones administrativas sanitarias exigidas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y almacenes de distribución de medicamentos, y comunicaciones asociadas, así como su inscripción en el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, cuya base jurídica es el artículo 29 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 19.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios y el Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

(Artículo 14 del Decreto 69/2008, de 26 febrero)

D/D^a. _____, mayor de edad, con N.I.F.
_____, actuando como

☐

titular

☐

representante legal de _____

en el expediente de Renovación de la Autorización de Funcionamiento del Centro / Servicio / Establecimiento
Sanitario: _____

domiciliado en la localidad de _____ (provincia de _____), en
_____ n^o _____, NICA: _____

a que se refiere la solicitud que el presente escrito acompaña

DECLARA:

I.- Que dicho centro/servicio/establecimiento sanitario, desde la última autorización de
modificación/funcionamiento **NO HA SIDO OBJETO DE MODIFICACIÓN** RESPECTO A :

- Titularidad.
- Oferta Asistencial.
- Estructura Funcional y/o Física del Centro.
- Equipamiento (Tecnología, Camas e Instalaciones referidas en Anexo II del Decreto 69/2008).

II.- Que dicho centro/servicio/establecimiento sanitario cumple con la legislación específica y reúne los requisitos
establecidos en los apartados A) y B) y C) del Anexo III del Decreto 69/2008, de 26 de febrero, en los términos
siguientes:

A) ADECUACIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.

1.1. El centro/servicio/establecimiento se adecua a la siguiente normativa legal aplicable a su actividad SI NO
y a su estructura :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) La relativa a seguridad de edificios y locales destinados a uso público | ☐ | ☐ |
| b) La referida a garantía de seguridad de equipos e instalaciones | ☐ | ☐ |
| c) La referida al tratamiento de residuos sólidos, químicos y biológicos | ☐ | ☐ |
| d) La relativa a la contaminación acústica y atmosféricas | ☐ | ☐ |

___/___/___ (Fecha). Nombre y firma de persona solicitante: _____

Específicamente el Centro/Servicio/Establecimiento dispone de:

SI

NO

- Certificaciones emitidas por los técnicos competentes del cumplimiento de las normas exigibles en materia de construcción, instalaciones, seguridad y accesibilidad..... ☐ ☐
- Contrato de cesión de residuos a gestor autorizado por la Agencia de Medio Ambiente (si procede).. ☐ ☐
- Protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios (si procede)..... ☐ ☐
- Plan de Prevención de Riesgos Laborales..... ☐ ☐
- Seguro de Responsabilidad Civil..... ☐ ☐

1.2 El Centro, Servicio o Establecimiento dispone de protocolos para asegurar la adaptación de su actividad a los conocimientos científicos y técnicas utilizadas en cada momento..... ☐ ☐

Específicamente el Centro/Servicio/Establecimiento dispone de:

- Protocolos asistenciales de exploraciones y técnicas de tratamiento que realiza..... ☐ ☐
- Protocolo de traslado de enfermos en caso de situaciones de urgencia(si procede)..... ☐ ☐
- Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización de material e instrumental..... ☐ ☐

2. Se dispone de documentación justificativa de que los espacios físicos, instalaciones, equipos y recursos humanos del centro/servicio/establecimiento sanitario son suficientes para desenvolver la oferta asistencial de forma adecuada a la finalidad pretendida..... ☐ ☐

3. Existe constancia documental de que dispone de personal sanitario con la titulación requerida para cubrir la atención sanitaria en las unidades asistenciales y especialidades que lo conforman , de acuerdo a sus características y oferta de servicios..... ☐ ☐

Específicamente, en relación a los Profesionales, el Centro dispone de:

- Certificaciones de títulos académicos o profesionales de carácter obligatorio..... ☐ ☐
- Seguros de responsabilidad civil profesional..... ☐ ☐
- Contratos formalizados por escrito..... ☐ ☐
- Declaraciones de compatibilidad del personal que trabaja también en el sector público..... ☐ ☐

4. El Personal cumple con el requisito previsto en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de 1996 en caso de actividades que impliquen contacto habitual con menores..... ☐ ☐

5. El centro tiene actualizado su Planificación Funcional plasmada en un documento en el que constan: Características de la población a atender, Cartera de Servicios, Procesos Asistenciales: alcance y complejidad de la atención sanitaria a desarrollar, Descripción de los aspectos organizativos y Recursos necesarios.

Específicamente el Centro dispone de:

- Plan Funcional del Centro, incluyendo, como mínimo, Finalidad y/o Misión del Centro, Objetivos Generales, Organigrama de Centro, Cartera de Servicios, Sistemas de Información..... ☐ ☐

6. Se registra la atención sanitaria dispensada en un archivo cuyo contenido permita el seguimiento del proceso. ☐ ☐

___/___/___ (Fecha). Nombre y firma de persona solicitante:_____

	SI	NO
7. Se han previsto los mecanismos que aseguren el cumplimiento de la normativa en materia de archivo, documentación clínica y Libro de Reclamaciones, respetando, en todo caso, las normas sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal.....	☐	☐

Específicamente el Centro dispone de:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Modelos de Consentimiento Informado (si procede)..... | ☐ | ☐ |
| • Registro de Pacientes Atendidos..... | ☐ | ☐ |
| • Sistema para la notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria | ☐ | ☐ |
| • Libro de Hojas de Quejas y Reclamaciones..... | ☐ | ☐ |
| • Declaración ante la Agencia de Protección de Datos de los Ficheros de Datos Personales..... | ☐ | ☐ |

8. Se ha habilitado el Registro de los documentos que resultan exigibles legal y administrativamente al centro, sus instalaciones y equipos.....	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

9. En el centro se realiza alguna función propia del mismo por una empresa ajena a su titular o un profesional mediante la prestación de servicios por cuenta propia.....	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

8.1. En caso afirmativo, el contrato se ha formalizado por escrito y asegura el cumplimiento de los requisitos exigibles al centro para tales cometidos, tanto estructurales, como de organización y funcionamiento, así como cualquiera que les sean de aplicación según la legalidad vigente.....	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

B) ADAPTACIÓN A LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LOS CENTROS SANITARIOS CON INTERNAMIENTO.

a) Requisitos de funcionamiento:

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Dispone de personal médico con presencia física las 24 horas del día teniendo definido procedimiento organizativo a tal fin | ☐ | ☐ |
| - Tiene guardias localizadas de médicos especialistas | ☐ | ☐ |
| - En caso afirmativo a la cuestión anterior, dispone de un procedimiento de localización urgente..... | ☐ | ☐ |

b) Areas obligatorias:

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Dispone de las siguientes áreas funcionales: | | |
| Dirección | ☐ | ☐ |
| Administración | ☐ | ☐ |
| Admisión | ☐ | ☐ |
| Archivo de historias clínicas | ☐ | ☐ |
| Mortuorio..... | ☐ | ☐ |
| Hospitalización | ☐ | ☐ |
| Radiodiagnóstico | ☐ | ☐ |
| Servicio de farmacia o depósito de medicamentos | ☐ | ☐ |
| Toma de muestras y determinaciones analíticas básicas | ☐ | ☐ |

___/___/___ (Fecha). Nombre y firma de persona solicitante:_____

	SI	NO
Cocina	☐	☐
Lavandería y lencería	☐	☐
Esterilización	☐	☐
- Tiene confeccionados documentos definitivos de los siguientes programas:		
Planes de seguridad en materia de riesgos a personas	☐	☐
▪ En concreto, dispone de Registro de Controles químicos y biológicos del equipo de esterilización (si procede).....	☐	☐
Planes de limpieza y de eliminación de residuos .sólidos, químicos y biológicos.....	☐	☐
Mantenimiento del edificio e instalaciones generales	☐	☐
Mantenimiento del equipamiento de electromedicina	☐	☐
▪ En concreto, el centro dispone de:		
• Censo de Equipamiento.....	☐	☐
• Manuales de Funcionamiento.....	☐	☐
• Registro de Mantenimiento.....	☐	☐
• Certificación de Calibraciones.....	☐	☐
- Tiene concertada la realización de radiodiagnóstico, u otras pruebas, conforme a un protocolo de actuación para los casos de traslado de pacientes ingresados a otros centros, o de necesidad de prestaciones terapéuticas o diagnósticas no existentes en el Centro		
	☐	☐

C) CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LOS CENTROS SANITARIOS SIN INTERNAMIENTOS

c) El centro dispone de las Áreas Funcionales (obligatorias) de	SI	NO
Dirección y Administración.....	☐	☐
Mantenimiento y Plan de Seguridad.	☐	☐
Archivo de Documentación Sanitaria (Historias Clínicas).....	☐	☐
Área de Recepción y espera de Usuario.....	☐	☐
Área para la Actividad Sanitaria.....	☐	☐

* Nota: Las consultas médicas (medicina general y especialidades) y de otros profesionales sanitarios, no están obligadas a constituir de forma diferenciada las unidades funcionales anteriores.

__/ __/ ____ (Fecha). Nombre y firma de persona solicitante:_____

D) DECLARACIÓN SOBRE DETERMINADAS TÉCNICAS ESPECÍFICAS

DECLARA que el centro dispone en su oferta de servicios de alguna o algunas de las siguientes técnicas:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Acupuntura | ☐ Fotocoagulación | ☐ Monitorización de sueño |
| ☐ Administración de
antitoxinas/ óxido nitroso /
vacunas | ☐ Gammagrafía | ☐ Paracentesis |
| ☐ Aféresis terapéutica | ☐ Gastrotomía percutánea | ☐ Punción aspiración |
| ☐ Biopsias por escisión | ☐ Hidroterapia | ☐ Quimioterapia |
| ☐ Endoscopia | ☐ Hiperbárica, oxigenación | ☐ Radiología / Ultrasonidos /
RNM |
| | ☐ Láser | |
| | ☐ Litotricia | |

E) DECLARACIÓN SOBRE PUBLICIDAD

	SI	NO
La publicidad del Centro/Servicio/Establecimiento sanitario no induce a error y se limita a los servicios y actividades para los que cuentan con autorización y hace constar el nº NICA.....	☐	☐

F) DECLARACIÓN SOBRE PERSONAL

	SI	NO
La relación del personal sanitario de que dispone el centro es mismo el que figura en el listado adjunto, desglosado en su caso por Unidades asistenciales	☐	☐

Y para que así conste, y surta los efectos oportunos ante la Consejería de Salud, firmo la presente declaración en

_____, a _____ de _____ de 20 ____.

Fdo. _____

DOCUMENTO DE COMPROMISO DE MANTENIMIENTO, SUMINISTRO Y CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS DE LA UNIDAD DE DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS (U.84) DEL CENTRO SANITARIO NICA _____

_____, NIF _____, y _____, NIF _____, titular/cotitulares de la OFICINA DE FARMACIA n.º _____, NICA _____, domiciliada en _____, de la localidad de _____, se compromete a mantener, suministrar y controlar la relación de medicamentos que aparecen reflejados en el reverso de este documento, correspondientes a la unidad asistencia U.84 depósito de medicamentos del centro sanitario domiciliado en _____, n.º _____, portal _____, escalera _____, piso _____, puerta _____, de la localidad de _____, NICA _____, cuya titularidad ostenta _____, NIF _____.

En _____, a _____, de _____, de 202__

Titular de la oficina de farmacia /Responsable del Servicio de farmacia		Titular del centro sanitario sanitario	
Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos/Razón Social	
NIF		NIF	
Firma Electrónica		Nombre y Apellidos del Representante legal	
		NIF	
Nombre y Apellidos		Firma Electrónica	
NIF			
Firma Electrónica			

Nota: las firmas del titular o los cotitulares de la farmacia garante ha de ser siempre electrónica, así como la del representante legal de titular del centro.

**RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA UNIDAD DE DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS
(U.84) DEL CENTRO SANITARIO NICA _____**

[illegible]

Titular de la oficina de farmacia /Responsable del Servicio de farmacia		Titular del centro sanitario sanitario