



GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN,
ORDENACIÓN, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
Y SALUD DIGITAL

FORMULARIO SOLICITUD RENOVACIÓN AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS



(Formato Interactivo)

Nº 3

A. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS HAGA CLICK O PULSE AQUÍ PARA ESCRIBIR TEXTO		NOMBRE ESCRIBIR TEXTO		DNI/NIE ESCRIBIR TEXTO
DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO, PUERTA, PISO, LETRA) (A efectos de notificación) ESCRIBIR TEXTO				C.P. ESCRIBIR TEXTO
LOCALIDAD ESCRIBIR TEXTO	PROVINCIA ESCRIBIR TEXTO	TELÉFONO FIJO ESCRIBIR TEXTO	TELÉFONO MÓVIL ESCRIBIR TEXTO	FAX ESCRIBIR TEXTO
E-MAIL ESCRIBIR TEXTO	TITULAR: ☐ PERSONA FÍSICA ☐ PERSONA JURÍDICA			☐ REPRESENTANTE LEGAL

B. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

DENOMINACIÓN ESCRIBIR TEXTO				
DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO, PUERTA, PISO, LETRA) (A efectos de notificación) ESCRIBIR TEXTO			C.P. TEXT	LOCALIDAD ESCRIBIR TEXTO
PROVINCIA ESCRIBIR TEXTO	TELÉFONO FIJO ESCRIBIR TEXTO	TELÉFONO MÓVIL ESCRIBIR TEXTO	E-MAIL ESCRIBIR TEXTO	PAG. WEB. ESCRIBIR TEXTO
TITULAR DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO ESCRIBIR TEXTO			DNI/NIE/CIF DEL TITULAR NUM. RGTR. AUTONÓMICO ESCRIBIR TEXTO	
TIPO Y CÓDIGO DE CENTRO O ESTABLECIMIENTO (Indicar según tipología) ↓			OFERTA ASISTENCIAL (Selección múltiple de Unidades Asistenciales + Cód. Ident. "U") Relación completa de los servicios o unidades autorizados según se establece en el Anexo I del Real Decreto 1277/2003, de 10 de Octubre. ↓	
①	>>	>>	>>	>>
②	>>	>>	>>	>>
③	>>	>>	>>	>>
④	>>	>>	>>	>>
⑤	>>	>>	>>	>>

C. SOLICITUD

No es necesario imprimir, ni escanear esta instancia rellenable para firmar electrónicamente al final del documento.

El abajo firmante solicita le sea concedida la autorización que se especifica a continuación (Marcar una "X")



RENOVACIÓN AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

Toda la documentación correspondiente se deberá presentar por tramitación electrónica en Registro-e (REC) [\[i\]](#)

D. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA ✓

¿SE HA PRODUCIDO MODIFICACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL?



NO VARIACIONES

Sin cambios **RELEVANTES** desde la última acreditación.

Rellenar/Adjuntar:

- ☐ Cuestionario complementario genérico.
☐ Documento acreditativo del abono de tasas.



SI VARIACIONES SIGNIFICATIVAS

Cambios en:

- ESTRUCTURA FÍSICA ☐
- TITULARIDAD ☐
- OFERTA ASISTENCIAL ☐

Rellenar/Adjuntar:

- ☐ Cuestionario complementario genérico.
☐ Formulario Adicional [\(Nº-4\)](#) (descarga) [\[i\]](#)
☐ Documento acreditativo abono de tasas.

Cambios en:

- DIRECTOR TÉCNICO ☐
- PROFESIONALES SANITARIOS ☐
- DENOMINACIÓN ☐

Rellenar/Adjuntar:

- ☐ Cuestionario complementario genérico
☐ Formulario Adicional [\(Nº-5\)](#) (descarga) [\[i\]](#)
☐ Documento acreditativo abono de tasas.

Confección carta de pago Modelo: **046** / Concepto: **132** y presentación telemática en la **OFICINA VIRTUAL TRIBUTARIA DE LA ACAT** <https://ovt.agenciacantabratributaria.es> [\[i\]](#) o abono en entidad bancaria colaboradora.

Normativa

- Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
- 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 26/2014, de 29 de mayo, por el que se regula el procedimiento de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la C. A de Cantabria.

CONSULTE LAS INSTRUCCIONES PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO-SOLICITUD EN LA PÁG. WEB DEL PORTAL INSTITUCIONAL: www.saludcantabria.es [\[i\]](#)

A efectos de presentación, en plazo las solicitudes rellenas, (**obligación exclusiva a relacionarse electrónicamente con la Administración**) **NO utilice buzones, ni otras formas de envío distintas a las señaladas** para inscripción, a través de la Sede Electrónica del Registro Común de Cantabria (REC) o de otros registros administrativos oficiales.

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (LOPDGDD)



Acepto el Aviso Legal y la Política de Privacidad



Servicio de Ordenación Sanitaria - Sección Autorización de Centros Pág web: [Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios](#) [\[i\]](#)
C/ Federico Vial, 13-2ª Plta. 39009 Santander ☎ 942.20.76.94 / 942.20.76.95 ✉ autorizacioncentrossanitarios@cantabria.es

V.1.0.4/25

CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO

DENOMINACIÓN - RAZÓN SOCIAL		
FECHA ÚLTIMA AUTORIZACIÓN-FUNCIONAMIENTO	CLASIFICACIÓN TIPO DE CENTRO (Código)	
DIRECTOR TÉCNICO - RESPONSABLE SANITARIO (Nombre - Apellidos)		DNI/NIE - DIRECTOR TÉCNICO

G. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

HORARIO DE ATENCIÓN  APERTURA - CIERRE	☐ PERMANENTE: 24 h. / 7d ☐ FLEXIBLE: A DEMANDA / CITA PREVIA ☐ OTROS TURNOS: 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">☐ MAÑANAS</th> <th colspan="2">☐ TARDES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ LUN</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> <td>☐ LUN</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> </tr> <tr> <td>☐ MAR</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> <td>☐ MAR</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> </tr> <tr> <td>☐ MIE</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> <td>☐ MIE</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> </tr> <tr> <td>☐ JUE</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> <td>☐ JUE</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> </tr> <tr> <td>☐ VIE</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> <td>☐ VIE</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> </tr> <tr> <td>☐ SAB</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> <td>☐ SAB</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> </tr> <tr> <td>☐ DOM</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> <td>☐ DOM</td> <td>De:</td> <td>a</td> <td>h.</td> </tr> </tbody> </table>			☐ MAÑANAS		☐ TARDES		☐ LUN	De:	a	h.	☐ LUN	De:	a	h.	☐ MAR	De:	a	h.	☐ MAR	De:	a	h.	☐ MIE	De:	a	h.	☐ MIE	De:	a	h.	☐ JUE	De:	a	h.	☐ JUE	De:	a	h.	☐ VIE	De:	a	h.	☐ VIE	De:	a	h.	☐ SAB	De:	a	h.	☐ SAB	De:	a	h.	☐ DOM	De:	a	h.	☐ DOM	De:	a	h.
		☐ MAÑANAS		☐ TARDES																																																												
☐ LUN	De:	a	h.	☐ LUN	De:	a	h.																																																									
☐ MAR	De:	a	h.	☐ MAR	De:	a	h.																																																									
☐ MIE	De:	a	h.	☐ MIE	De:	a	h.																																																									
☐ JUE	De:	a	h.	☐ JUE	De:	a	h.																																																									
☐ VIE	De:	a	h.	☐ VIE	De:	a	h.																																																									
☐ SAB	De:	a	h.	☐ SAB	De:	a	h.																																																									
☐ DOM	De:	a	h.	☐ DOM	De:	a	h.																																																									

H. DATOS DEL PERSONAL SANITARIO (PLANTILLA DE PROFESIONALES ACTUALIZADOS)

[illegible]

I. DATOS ESTRUCTURALES DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO

SUPERFICIE ÚTIL DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO m ²				m
NÚMERO DE SALAS	QUE DISPONEN DE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL		NÚMERO DE DESPACHOS/CONSULTAS	
	DE EXPLORACIÓN Y/O CURAS		NÚMERO DE ASEOS DE QUE DISPONE	

OTRAS DEPENDENCIAS (especificar uso o función)

DESCRIPCIÓN	NÚMERO	DESCRIPCIÓN	NÚMERO

