

**SS**

SECRETARÍA DE SALUD

GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

Requisitos para solicitar la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)

1. Institución (elegir una opción):
 - SME=Servicios Médicos Estatales
 - SMP=Servicios Médicos Privados
 - DIF=Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
 - SMM=Servicios Médicos Municipales
 - HUN=Hospitales Universitarios
 - SSA=Secretaria de Salud

2. Tipo de Establecimiento (elegir una opción):
 - De Apoyo
 - De Asistencia Social
 - De Consulta Externa
 - De Hospitalización

3. Tipología (elegir una opción):
 - Unidad Móvil
 - Unidad Fija

4. Nombre de la Unidad.
5. Nombre Comercial (si aplica).
6. RFC de la Unidad.
7. Fecha de inicio de construcción.(no obligatorio)
8. Fecha de inicio de operación.
9. Horarios y días de atención

10. Estatus de operación (elegir una opción):
 - En Operación
 - Fuera de operación (total o parcial)
 - Obra en proceso o pendiente de entrar en operación

**SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD

**SS**

SECRETARÍA DE SALUD

GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA

11. Nivel de Atención (elegir una opción):

- Primer Nivel
- Segundo Nivel
- Tercer nivel
- No aplica

12. Propiedad del Inmueble (elegir una opción):

- De como dato
- Irregular
- Otro
- Propio
- Rentado

13. Institución Administradora (elegir una opción):

- SMP(Organismo no gubernamental, Sociedad anónima, Otra)
- DIF(Nacional, Estatal, Municipal)
- HUN (Universitarios)
- SMM(Servicios Médicos Municipales)
- SME (Servicios Médicos Estatales)

14. Número de consultorios (por especialidad).

15. Número de Camas (por especialidad).

16. Servicios Médicos que atiende la unidad (consulta general, urgencias, pediatría, etc.)

17. Estrato de la unidad (elegir una opción):

- Rural
- Urbano

18. Tipo de obra (elegir una opción):

- Ampliación
- Obra nueva
- Otra
- Rehabilitación

19. Datos del responsable Sanitario (se requiere la información todos los puntos):

- Nombre
- RFC
- Cedula Profesional
- Profesión
- email

**SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD

**SS**

SECRETARÍA DE SALUD

GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA

20. Domicilio (se requiere la información todos los puntos):

- Entidad
- Municipio
- Localidad
- Código Postal
- Jurisdicción
- Tipo de vialidad (calle, avenida, calzada, callejón, boulevard, andador, circuito, circunvalación, continuación, corredor, diagonal, eje vial, libramiento, pasaje, paseo, peatonal, periférico, privada, prolongación y retorno.
- Nombre de la vialidad
- Número
- Letra
- Interior
- Tipo de Asentamiento: Aeropuerto, Ampliación, Barrio, Cantón, Carretera, Ciudad, Ciudad, Industrial, Corredor Industrial, Coto, Cuartel, Ejido, Ex hacienda, Fraccionamiento, Manzana, Paraje, Parque Industrial, Privada, Ranchería, Rancho, Región, Residencial, Rinconada, Sección, Sector, Supermanzana, Unidad, Unidad Habitacional, Villa , Zona Federal, Zona Industrial, Zona Militar, Zona Naval.
- Nombre del Asentamiento
- Entre que Vialidades se encuentra (tipo y nombre)
- Lada, teléfono y extensión
- Latitud y Longitud
- Servicios que otorga por especialidad (general, pediatría, medicina interna, etc.)

Si es unidad móvil:

Programa al que pertenece:

- No especificado
- Otro
- Programa eventual
- Unidades Médicas Móviles

Tipo de Unidad (elegir una opción):

- Unidad Médica Móvil Alineada
- Unidad Médica Móvil Nueva

**SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD

**SS**

SECRETARÍA DE SALUD

GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA

Tipología (elegir una opción)

- Consultorio de Medicina General, Estomatología y Telemedicina
- Consultorio de Medicina General y Estomatología
- Consultorio de Medicina General
- Sin consultorios

Marca:

Modelo:

Capacidad de carga (KG):

2 Fotografía:

- Imagen clara de costado que se visualice el número económico
- Imagen de frente que se visualice el número de placa
- De frente y lateral

Anexos

21. Anexar Aviso de funcionamiento (completo)
22. Anexar Licencia Sanitaria (si aplica)
23. Oficio de solicitud especificando el motivo por el cual solicita la CLUES, si es baja motivo por el cual se solicita la baja y fecha en que dejó de funcionar, si es modificación motivo por el cual se modifica.
24. Fotos de la unidad digitalizada que se pueda observar claramente el nombre de la unidad en formato jpg tamaño de ancho 1280 x 720 pixeles de alto, para unidades fijas debe mostrar una foto la fachada frontal una cerca que se noten todos los logos y letreros que posea, otra tomada desde la calle del acceso principal (puerta, entrada), en la cual se pueda identificar el nombre de la unidad claramente, si tiene espectaculares que se muestren en un ángulo de tal forma que se vean junto con la fachada y otra del espectacular solo que sea legible los logos y letreros que contiene, no se requiere el envío de fotos interiores (áreas, equipos, etc.).
25. Anexar planos digitalizados en formato pdf legible, con todas las áreas y que estas coincidan con lo que indica el aviso de funcionamiento y lo que se registró en los requisitos (consultorios, camas, etc). Los planos no tienen que ser necesariamente arquitectónicamente exactos, no se necesita escala o medidas, solo que se entienda claramente la distribución, accesos y áreas. Un dibujo legible de la unidad es aceptado.

**SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD