



Todas las Solicitudes de Renovación

- a) En la web dhses.msp.gob.do, se encuentran todos los modelos de los documentos DHSES citados.
- b) **Depositar sólo expediente completo**. Todos los documentos/expedientes deben ser ingresados debidamente organizados y por Ventanilla Única de Servicios-VUS.
 - Nos reservamos el derecho de no recibir documentación desorganizada/incompleta y de devolver expedientes con debilidades.
- c) **Complementar expedientes** con los documentos que, posterior a la recepción de su solicitud de renovación, sea determinada como faltante, los cuales le serán requeridos vía su correo electrónico.
- d) **Expedientes con una cantidad de recursos humanos en salud superior a 40 deben depositarse con cita previa**.
 - Tramitar dicha cita por teléfono: 809-541-3121 Ext. 4306, 4309, 4312, 4313, 4314, 4315 de la Dirección de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud, en horario de 8:00 a.m.- 2:30 p.m.
- e) **Servicio especializado sin el especialista correspondiente, quedará registrado como Médico General en la Cartera de Servicios aprobada por esta Dirección.**
- f) Títulos de Especialidades realizadas en el extranjero deben estar traducidos al español (idioma oficial de la República Dominicana), por un traductor oficial (aplica para aquellos títulos emitidos en un idioma diferente al español).
- g) **Títulos Apostillados** están sujetos a requerirse en Original para comprobación de veracidad.
- h) Profesionales extranjeros deben adjuntar su Certificación de Estatus Migratorio Legal.
- i) **Los Profesionales de la Salud del área de la cirugía plástica, estética y reconstructiva:** Deben apegarse a la Resolución No. 000008-2015, que regula su ejercicio en la República Dominicana.
- j) **Planos:** Debe depositar los planos y la copia de la Certificación de No Objeción a planos de establecimiento de salud, emitida por esta Dirección, siempre que haya realizado transformaciones (parciales o totales) en la infraestructura.
NOTA: Los Planos deben ser aprobados por el ayuntamiento de la demarcación geográfica que le corresponda, salvo que se trate de un establecimiento comercial, en ese caso traer la copia del plano del centro comercial aprobado previamente.
- k) **Copia de Certificado de Registro Nacional de Contribuyente (RNC) Actualizado** del Establecimiento de Salud (con igual nombre al certificado de ONAPI).
- l) **Copia del Certificado de Registro de Nombre Comercial (Actualizado)**, emitido por la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (ONAPI).
- m) **Copia del Certificado de Registro Mercantil (Actualizado)**, emitido por la Cámara de Comercio y Producción, en caso de persona jurídica.
- n) **Reporte de Equipos Médicos (Actualizado)** (Tipo, Marca, Serie y Ubicación), en respuesta a los servicios que ofrece el establecimiento, según modelo web, digitado en Excel, versiones impresas y en CD.
- o) **Documentos del RR.HH. del área de la Salud (Actualizado)**, colocados en el mismo orden en que aparecen citados en el Reporte de Recursos Humanos de Salud y Administrativo. Documentación debe guardar el siguiente orden:
 - Copia de Cédula



- Copia de Título de Grado (número de registro y folio legibles)
 - Copia de Exequátur
 - Copia de Título de Especialidad cuando aplique (número de registro y folio legibles).
 - Certificación del colegio de Odontólogos o en su defecto una certificación de trámite.
 - Carta de Colegiatura Activa de: Médicos, Psicólogos y Bioanalistas, según Aplique.
- p) Reporte del Recursos Humanos de Salud y Administrativos (Actualizado), según modelo web, digitado en Excel, versiones impresas y en CD.**
- **NOTA: Este personal debe cubrir los diferentes servicios que ofrece el establecimiento. Servicio especializado sin el especialista correspondiente, quedará sin cobertura dentro de la Cartera de Servicios aprobada por esta Dirección.**
- q) Copia de la Resolución y de la Certificación expedida por la Comisión Nacional de Energía (Actualizada), (sólo aplica para establecimientos que realicen estudios diagnósticos, tales como Rayos X, Rayos X Periapical, Radioterapia, Tomografía, Panorámica, entre otros).**
- r) Servicios de Recuperación y Atención Clínica** ubicados dentro de áreas residenciales, necesitan incluir dentro de su solicitud de habilitación:
- a)** Una Certificación de No Objeción a la instalación de dicho Establecimiento, por la directiva de la Junta de Vecinos o junta de condóminos (en caso de condominios) conteniendo el código único de la misma para fines de verificación, debidamente firmada y sellada, anexando fotocopia de cédula.
 - b)** Debe contar con un contrato de servicios de Ambulancias Privado.
 - c)** Contrato de recogida de desechos biológicos.
 - d)** Contrato de referencia y contra referencia con un centro Hospitalario de Nivel complementario de alta complejidad (Tercer Nivel).
- s) Expediente debe constar con la Recepción de Solicitud y Constancia de Pago emitidas por la Ventanilla Única de Servicios del MSP.**
- **NOTA: El establecimiento puede realizar el pago por concepto de habilitación, a nombre del Ministerio de Salud Pública, por un valor de RD\$10,000.00 deducible del monto final (según el Nivel de Atención del Establecimiento), a través de cheque certificado o de administración**

NOTA: El pago por concepto de habilitación de un establecimiento corresponderá al Nivel de Atención del mismo, a saber:

Nivel de Atención	Pago por Concepto de Habilitación
Primer	RD\$10,000.00
Segundo	RD\$20,000.00
Tercer	RD\$30,000.00

Para el caso de:

- i. **Servicios Odontológicos:**
 - 1. Diferenciar servicio de imagen entre panorámica y periapical.
 - 2. Especificar si la Endodoncia realizada es anterior o posterior.
- ii. **Laboratorios Clínicos**, especificar si las Pruebas Especializadas son



- realizadas en el Centro mismo o referidas a un Establecimiento de Mayor Nivel (adjuntar copia del Contrato con el establecimiento actuante).
- iii. **Toma de Muestra de Laboratorio Clínico**, favor adjuntar copia del Contrato con el establecimiento al cual son remitidas las muestras a procesar.
 - iv. **Establecimientos con hospitalización**, que funcionen en edificaciones construidas previo al año 2011, deben entregar, al momento de la solicitud de habilitación o de la renovación, el informe de índice de nivel de seguridad hospitalaria, mediante certificación emitida por la Dirección de Gestión de Riesgos y

Casos Especiales Sobre Titulaciones de RR.HH.

Atención a Desastres del Ministerio de Salud Pública.

Esta sección aplica para el personal de salud cuyo título de especialidad ha sido emitido:

- a) **En el extranjero**
 - Títulos de Estudios realizados en el extranjero deberán estar traducidos al español (idioma oficial de la República Dominicana) por un traductor oficial/interprete judicial.
- b) **En un Hospital Docente**

Según el **Caso** que le aplique, favor incluir en el expediente los **Documentos** señalados.

Casos	Documentos a depositar
Especialidad realizada en el extranjero antes del ingreso del RD al Convenio de la Haya (31-08-2009) y que por alguna razón el Ministerio de Educación Superior Ciencia y Tecnología (MESCyT) no puede legalizarla bajo el amparo de la Ley 139-01.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Copia de título o certificación emitida por universidad u hospital donde realizó los estudios y sellada por el Consulado Dominicano en el país de origen y posteriormente en el Ministerio de Relaciones Exteriores en República Dominicana. 2. Certificación del Colegio Médico Dominicano legitimando su membresía. 3. Certificación de la Sociedad de la Especialidad a la que pertenece en República Dominicana reconociéndole como especialista del área.
Especialidad realizada en un Hospital Docente del país (sólo aplica para profesionales egresados antes de la entrada en vigencia del Decreto No. 463-04 que establece el Reglamento de las Instituciones de Educación Superior (junio/2004)).	<ol style="list-style-type: none"> a) Copia de la Certificación, emitida por el Hospital Docente indicando que en dicho Centro usted realizó y completó el programa de la especialidad y el período en cual cursó la especialidad. b) Certificación del Colegio Médico legitimando su membresía. c) Certificación de la Sociedad de la Especialidad a la que corresponde donde le reconocen como especialista del área.



Requisitos Para Renovación de Licencia por Vencimiento

1. Cumplir con los Requisitos señalados en las **Notas Generales** de este Documento que les apliquen.
2. **Constancia de Recepción de Solicitud y Constancia de Pago** emitidas por la Ventanilla Única de Servicios del MSP, **equivalente a RD\$10,000.00 (deducible del pago total de la habilitación al momento de retirar su Licencia).**
3. **Original de la última Licencia vencida o Certificación de Estatus emitida por esta Dirección.**
4. **Carta de Solicitud según tipo de Renovación**, dirigida al Director (a) de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud (Favor utilizar Modelo adjunto).
5. **Formulario de Datos generales del establecimiento, director médico y propietario** (Favor utilizar Modelo adjunto).
6. **Listado de Servicios** (de todos los servicios que se ofertan en su establecimiento), debe ser presentada en papel timbrado, con fecha, sello y firma del Propietario/Presidente o Director Técnico/Médico, indicando nombre del establecimiento, ubicación exacta, número de teléfono, correo electrónico.
7. **Copia de la Certificación vigente expedida por la Comisión Nacional de Energía y copia de la Resolución (sólo aplica para aquellos Prestadores que incluyan en la ampliación del Listado de estudios diagnósticos, tales como Rayos X, Radioterapia, Tomografía, entre otros).**



Requisitos para Renovación de Licencia por Concepto de Ampliación de Listado de Servicios

1. Cumplir con los Requisitos señalados en las **Notas Generales** de este Documento que les apliquen.
2. **Constancia de Recepción de Solicitud y Constancia de Pago** emitidas por la Ventanilla Única de Servicios del MSP, **equivalente a RD\$6,741.17 (deducible del pago total de la habilitación al momento de retirar su Licencia).**
3. **Original de la última Licencia vencida o Certificación de Estatus emitida por esta Dirección.**
4. **Carta de Solicitud según tipo de Renovación**, dirigida al Director (a) de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud (Favor utilizar Carta Modelo adjunta).
5. **Formulario de Datos generales del establecimiento, director médico y propietario.** (Favor utilizar Modelo adjunto)
6. **Listado de Servicios** (listado de todos los servicios que se ofertan en su establecimiento), en papel timbrado con el nombre del Establecimiento, indicando ubicación, **teléfono, correo electrónico**, con fecha, sello y firma del Propietario/Presidente o Director Técnico/Médico.
7. **Copia de la Certificación vigente expedida por la Comisión Nacional de Energía y copia de la Resolución** (sólo aplica para aquellos Prestadores que incluyan en la ampliación del Listado de estudios diagnósticos, tales como Rayos X, Radioterapia, Tomografía, entre otros).
8. **Reporte impreso y en CD de Equipos Médicos** (Tipo, Marca, Serie y Ubicación), **digitado en Excel**, en respuesta a los servicios que ofrece el establecimiento (Favor utilizar Modelo adjunto).
9. **Documentos del RR.HH. del área de la Salud**, colocados en el mismo orden en que aparecen citados en el Reporte de Recursos Humanos de Salud y Administrativo.
 - Copia de Cédula
 - Copia de Título de Grado (No. de registro y folio legibles)
 - Copia de Exequátur
 - Copia de Título de Especialidad cuando aplique (No. de registro y folio legibles)
 - Certificación del colegio de Odontólogos o en su defecto una certificación de trámite.
 - Carta de Colegiatura Activa de: Médicos, Psicólogos y Bioanalistas, según Aplique.
10. **Reporte impreso y en CD del Recursos Humanos de Salud y Administrativos** que ofrece el establecimiento (Favor utilizar Modelo adjunto).
11. **Planos y copia de la Certificación de No objeción a la construcción de establecimiento de salud**, emitida por este Ministerio de salud, **si ha realizado transformaciones en la planta física (construcción/remodelación). Deben contener nombre, firma y No. CODIA del Arquitecto actuante:**
 - De Instalaciones sanitarias
 - De la Ruta de Evacuación del Personal
 - Del Sistema contra incendios y/o extintores
 - De Ruta de Desechos Hospitalarios (sólo aplica para centros con servicios quirúrgicos).



Requisitos para Renovación de Licencia por Concepto de Cambio de Nivel de Atención

1. Cumplir con los Requisitos señalados en las **Notas Generales** de este Documento **que les apliquen**.
2. **Constancia de Recepción de Solicitud y Constancia de Pago** emitidas por la Ventanilla Única de Servicios del MSP, **equivalente a RD\$10,000.00 (deducible del pago total de la habilitación al momento de retirar su Licencia)**.
3. **Original de la última Licencia vencida o Certificación de Estatus emitida por esta Dirección.**
4. **Carta de Solicitud según tipo de Renovación**, dirigida al Director (a) de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud. (Favor utilizar Carta Modelo adjunta).
5. **Formulario de Datos generales del establecimiento, director médico y propietario.** **Favor** utilizar Modelo adjunto).
6. **Listado de Servicios** (listado de todos los servicios que se ofertan en su establecimiento), en papel timbrado con el nombre del Establecimiento, indicando ubicación, **teléfono, correo electrónico**, con fecha, sello y firma del Propietario/Presidente o Director Técnico/Médico.
7. **Certificación expedida por la Comisión Nacional de Energía y copia de la Resolución (sólo aplica para aquellos Prestadores de Servicios de Salud que realicen estudios diagnósticos, tales como Rayos X, Radioterapia, Tomografía, entre otros).**
8. **Reporte impreso y en CD de Equipos Médicos** (Tipo, Marca, Serie y Ubicación), **digitado en Excel**, en respuesta a los servicios que ofrece el establecimiento. (**Favor** utilizar Modelo adjunto).
9. **Documentos del RR.HH. del área de la Salud, de recién ingreso, colocados** en el mismo orden en que aparecen citados en el Reporte de Recursos Humanos de Salud y Administrativo.
 - Copia de Cédula
 - Copia de Título de Grado (No. de registro y folio legibles)
 - Copia de Exequátur
 - Copia de Título de Especialidad cuando aplique (No. de registro y folio legibles)
 - Certificación del colegio de Odontólogos o en su defecto una certificación de trámite.
 - Carta de Colegiatura Activa de: Médicos, Psicólogos y Bioanalistas, según Aplique.
10. **Reporte impreso y en CD del Recursos Humanos de Salud y Administrativos** que ofrece el establecimiento.
11. **Planos y copia de la Certificación de No objeción a la construcción de establecimiento de salud**, emitida por este Ministerio de salud, **si ha realizado transformaciones en la planta física (construcción/remodelación)**. Deben contener nombre, firma y No. CODIA del Arquitecto actuante:
 - De Instalaciones sanitarias
 - De la Ruta de Evacuación del Personal
 - Del Sistema contra incendios y/o extintores
 - De Ruta de Desechos Hospitalarios (sólo aplica para centros con servicios quirúrgicos).



Requisitos para Renovación de Licencia por Concepto de Cambio de Ubicación (Dirección Física)

1. Cumplir con los Requisitos señalados en las **Notas Generales** de este Documento **que les apliquen**.
2. **Constancia de Recepción de Solicitud y Constancia de Pago** emitidas por la Ventanilla Única de Servicios del MSP, **equivalente a RD\$10,000.00 (deducible del pago total de la habilitación al momento de retirar su Licencia)**.
3. **Original de la última Licencia vencida o Certificación de Estatus emitida por esta Dirección.**
4. **Carta de Solicitud según tipo de Renovación**, dirigida al Director (a) de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud (Favor utilizar Carta Modelo adjunta).
5. **Planos y copia de la Certificación de No objeción a la construcción de establecimiento de salud**, emitida por este Ministerio de salud. **Deben contener nombre, firma y No. CODIA del Arquitecto actuante:**
 - De Instalaciones sanitarias
 - De la Ruta de Evacuación del Personal
 - Del Sistema contra incendios y/o extintores
 - De Ruta de Desechos Hospitalarios (sólo aplica para centros con servicios quirúrgicos).
6. **Original de la última Licencia vencida o Certificación de Estatus emitida por esta Dirección.**
7. **Formulario de Datos generales del establecimiento, director médico y propietario** (Favor utilizar Modelo adjunto).
8. **Listado de Servicios** (listado de todos los servicios que se ofertan en su establecimiento), en papel timbrado con el nombre del Establecimiento, indicando ubicación, **teléfono, correo electrónico**, con fecha, sello y firma del Propietario/Presidente o Director Técnico/Médico.
9. **Reporte de Equipos en Salud** (Favor utilizar Modelo adjunto) **versiones impresas y en CD.**
10. **Reporte de Recursos Humanos de Salud y Administrativos**, el cual debe responder al Listado de Servicios que brinda el Centro, coincidiendo el lugar que ocupe el nombre del personal en este Reporte con la colocación de los documentos en el expediente ([Utilizar](#) Modelo adjunto) **versiones impresas y en CD.**
11. **Documentos de los RR.HH. de Salud, DE RECIÉN INGRESO, colocados en el siguiente orden:**
 - a. Copia de Cédula
 - b. Copia de Título de Grado (donde el número de registro y folio estén legibles)
 - c. Copia de Exequátur
 - d. Copia de Título de Especialidad cuando aplique (donde el número de registro y folio estén legibles)
 - e. Certificación del colegio de Odontólogos o en su defecto una certificación de trámite.
 - f. Carta de Colegiatura Activa de: Médicos, Psicólogos y Bioanalistas, según Aplique.
12. **Complementar expedientes** con los documentos que, posterior a la recepción de su solicitud de renovación, sea determinada como faltante, los cuales le serán requeridos vía su correo electrónico.



**Requisitos para Renovación de Licencia por Concepto de
Cambio de Nombre de Establecimiento de Salud**

1. Cumplir con los Requisitos señalados en las **Notas Generales** de este Documento que les apliquen.
2. **Constancia de Recepción de Solicitud y Constancia de Pago** emitidas por la Ventanilla Única de Servicios del MSP, **equivalente a RD\$6,741.17 (deducible del pago total de la habilitación al momento de retirar su Licencia).**
3. **Original de la última Licencia vencida o Certificación de Estatus emitida por esta Dirección.**
4. **Carta de Solicitud según tipo de Renovación**, dirigida al Director (a) de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud. (Favor utilizar Carta Modelo adjunta).
5. **Copia del nuevo Certificado de Registro de Nombre Comercial** en la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (**ONAPI**).
6. **Formulario de Datos generales del establecimiento, director médico y propietario.** *Favor utilizar Modelo adjunto).*
7. **Listado de Servicios** (listado de todos los servicios que se ofertan en su establecimiento), en papel timbrado con el nombre del Establecimiento, indicando ubicación, **teléfono, correo electrónico**, con fecha, sello y firma del Propietario/Presidente o Director Técnico/Médico.
8. **Copia de Certificado de Registro Nacional de Contribuyente (RNC)** del Establecimiento de Salud (con igual nombre al certificado de **ONAPI**).
9. **Complementar expedientes** con los documentos que, posterior a la recepción de su solicitud de renovación, sea determinada como faltante, los cuales le serán requeridos vía su correo electrónico.



Requisitos para Renovación de Licencia por Concepto de Cambio de Propietario

1. Cumplir con los Requisitos señalados en las **Notas Generales** de este Documento que les apliquen.
2. **Constancia de Recepción de Solicitud y Constancia de Pago** emitidas por la Ventanilla Única de Servicios del MSP, **equivalente a RD\$6,741.17 (deducible del pago total de la habilitación al momento de retirar su Licencia).**
3. **Original de la última Licencia vencida o Certificación de Estatus emitida por esta Dirección.**
4. **Carta de Solicitud según tipo de Renovación**, dirigida al Director (a) de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud. (Favor utilizar Carta Modelo adjunta).
5. **Documentación legal de venta y compra del establecimiento.**
6. **Formulario de Datos generales del establecimiento, director médico y propietario** (*Favor utilizar Modelo adjunto*)
7. **Listado de Servicios** (listado de todos los servicios que se ofertan en su establecimiento), en papel timbrado con el nombre del Establecimiento, indicando ubicación, **teléfono, correo electrónico**, con fecha, sello y firma del Propietario/Presidente o Director Técnico/Médico.
8. **Copia de Certificado de Registro Nacional de Contribuyente (RNC)** del Establecimiento de Salud (con igual nombre al certificado de **ONAPI**).
9. **Copia de Certificado de Registro de Nombre Comercial** en la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (**ONAPI**), **aplica en caso de cambio de nombre.**
10. **Complementar expedientes** con los documentos que, posterior a la recepción de su solicitud de renovación, sea determinada como faltante, los cuales le serán requeridos vía su correo electrónico.



**Requisitos para Renovación de Licencia por Concepto de
Cambio de Director Médico**

1. **Carta de Solicitud según tipo de Renovación**, dirigida al Director (a) de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud. (Favor utilizar Carta Modelo adjunta).
2. **Constancia de Recepción de Solicitud y Constancia de Pago** emitidas por la Ventanilla Única de Servicios del MSP, **equivalente a RD\$6,741.17**.
3. **Formulario de Datos generales del establecimiento, director médico y propietario.**
 - a. [\(Favor utilizar Modelo adjunto\)](#)
4. **Copia de los siguientes documentos:**
 - a. Cédula de Identificación Personal del nuevo Director Médico.
 - b. Título de grado,
 - c. Exequatur
 - d. Título de la Especialidad (si aplicare).
 - e. Certificación del colegio de Odontólogos o en su defecto una certificación de trámite.
 - f. Carta de Colegiatura Activa de: Médicos, Psicólogos y Bioanalistas, según Aplique.



**Requisitos para Renovación de Licencia por Concepto de
Cambio de Razón Social**

1. Recibo de pago de tasa de tramitación por cheque certificado a nombre del Ministerio de Salud Pública, emitido por la Ventanilla Única de Salud-MSP.
2. Formulario de Datos Generales, debidamente llenado.
3. Copia de la Certificación emitida por la DGII de Registro Nacional de Contribuyente (**RNC**) vigente.
4. Copia del Registro Mercantil.
5. Copia del Registro de **ONAPI Actualizado**.
6. Copia de la Licencia de Habilitación.
7. Los Centros que cuenten con Licencia Emitida por la Dirección de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud, deben depositar Dossier completo en original (Licencia, Listado de RR.HH., Cartera de Servicio y Resolución).

CONTROLADO

NOTAS IMPORTANTES

- a) Se deberá depositar vía Ventanilla Única de Servicios del MSP todos los documentos debidamente organizados y acorde con la numeración del requisito. Solicitudes incompletas no serán aceptadas.