

MODELO PARA SOLICITAR CAMBIO DE CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS

Señor Presidente del Consejo Superior de Salud Pública:

Yo, _____, mayor de edad, (profesión u oficio) del domicilio de, _____ con Documento Único de Identidad número _____, expedido en _____, y con Número de Identificación Tributaria _____, propietario del establecimiento denominado _____, situado en _____, departamento de _____, inscrito en este Consejo bajo en número _____, a Usted atentamente SOLICITO:

Se autorice el cambio de categoría del establecimiento en vista de haberse implementado las siguientes áreas: _____.

Autorizo a _____ para recibir documentos.

San Salvador, _____ de _____ de 2017.

F. _____

NOTA:

1. La solicitud deberá formularse en papel simple
2. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante en caso de no poder hacerlo deberá presentar la firma autenticada por Notario.
3. Plasmear el sello del establecimiento en la solicitud.
4. Presentar copia del recibo de pago ANUALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO
5. Presentar copia del recibo de pago ANUALIDAD DEL REGENTE
6. En caso de ser Sociedad la dueña del establecimiento la solicitud deberá ser presentada por el Apoderado o Representante Legal de la misma debiendo agregar en copia certificada por notario, el documento que lo acredite como tal.
7. Agregar croquis de distribución de las áreas a implementar.
8. Cancelar derechos de ampliación de servicios al momento de presentar la solicitud (\$114.29)
9. Cuando se trate de establecimientos odontológicos, médicos y de Laboratorio Clínico, deberán presentar contrato de tratamiento desechos sólidos de conformidad al Art. 52 de la Ley de Medio Ambiente y Art. 77 del Código de Salud el cual deberá presentarse en documento privado reconocido por notario, presentarlo en original y fotocopia o copia certificada por notario y agregar el último recibo cancelado por dicho servicio.
10. **LAS INSPECCIONES SE REALIZARAN APLICANDO EL REQUERIMIENTO TECNICO ADMINISTRATIVO VIGENTE.**
11. Agregar a la solicitud el número de teléfono del propietario y del establecimiento así como el correo electrónico del propietario y regente del mismo.

NO SE RECIBIRAN SOLICITUDES ELABORADAS O LLENAS A MANO



CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PUBLICA

UNIDAD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**AUTORIZACION PARA REALIZAR NOTIFICACION
ELECTRONICA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS**

(Art. 333 CS Y 170, 178 CPCM)

Yo _____,
Mayor de edad, (Profesión) _____, con Documento Único de Identidad
Número: _____, actuando en calidad de
_____;

(Personal, Apoderado, Representante Legal, mencione nombre de la sociedad.)

Establecimiento de Salud denominado: _____

el cual se encuentra en:

-Proceso de apertura

-Inscrito ante el Consejo Superior de Salud Pública con el número: _____,
ubicado en la siguiente dirección: _____ de la ciudad
de _____, Departamento de: _____

Por este medio **AUTORIZO** al Consejo Superior de Salud Pública, de conformidad a los Arts. 333 del Código de Salud, 170 y 178 del Código Procesal Civil y Mercantil, para que todo acto administrativo que tenga que ver con el proceso de inscripción del referido establecimiento, o procesos post registro, me sea notificado por medio del siguiente Correo Electrónico: _____, el cual una vez enviado me daré por notificado, siendo de mi responsabilidad, el cumplimiento de cualquier prevención.

Así mismo me comprometo a comunicar cualquier modificación sobre el referido medio técnico de comunicación.

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 2018.

Firma