

MODELO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE SELLO

Señor Presidente del Consejo Superior de Salud Pública:

Yo,

_____, mayor de edad, profesión u oficio _____, del domicilio de _____, con Documento Único de Identidad número _____, expedida en _____, y con Número de Identificación Tributaria _____, propietario (a) del establecimiento denominado _____ situado en _____, inscrito bajo el número _____

A Usted atentamente SOLICITO:

Autorización para la elaboración de sello del establecimiento mencionado.

Autorizo a _____ para recibir documentos.
San Salvador, _____ de _____ del dos mil.

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 Firma Autenticada por Notario.
- 4 Firma y sello del Regente en la solicitud.
5. Agregar dirección del establecimiento.
6. Presentar copia del recibo de pago de ANUALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO
7. Presentar copia del recibo de pago de ANUALIDAD DEL REGENTE
8. En caso de ser Sociedad, Fundaciones o Instituciones la propietaria 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.
9. Una vez presentado el escrito y recibido en éste Consejo, el mismo se resolverá en 3 días
10. hábiles contados a partir del siguiente día de recibido.
11. La vigencia de ésta autorización será de 30 días contados a partir de su emisión.
12. Al no retirarse la autorización se iniciará informativo de conformidad a la Ley.
13. En el caso de Laboratorios Clínicos, deberán presentar el listado de los exámenes que realizarán en el establecimiento los cuales deberán incluir los datos del establecimiento y el nombre y número de inscripción del regente.
14. Derechos por autorización o reposición de sello \$5.71
15. Derechos por fabricación de sello \$18.00
16. Agregar a la solicitud número de teléfono y correo electrónico del propietario y regente del establecimiento.

En caso de elaborarse el sello del establecimiento sin la debida autorización, será objeto de multa por un valor de \$571.43, de conformidad al Art. 285, numeral 32, y Art. 313 y 334 del Código de Salud.

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