

**MODELO PARA SOLICITAR CERTIFICADO DE APERTURA
(REPOSICION, TRASLADO, CAMBIO DE NOMBRE Y CAMBIO DE CATEGORIA)**

Señor Presidente del Consejo Superior de Salud Pública:

Yo, _____, mayor de edad, de 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, _____, establecido en, _____, departamento de _____, inscrito en este Consejo bajo el número _____, a Usted, respetuosamente

SOLICITO:

Se me extienda CERTIFICACION DE APERTURA del establecimiento antes mencionado.

Autorizo a _____ para recibir lo solicitado.

San Salvador, _____ de _____ del dos mil _____

F. _____

Sello del Establecimiento

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.
3. La solicitud deberá traer el sello autorizado por este Consejo
4. Presentar copia del recibo de pago de anualidad del establecimiento
5. Derechos de pago por CERTIFICACION (\$5.71)
6. Agregar copia del recibo de pago de ANUALIDAD DEL REGENTE
7. En caso de ser Sociedad la dueña del establecimiento la solicitud deberá ser presentada por el Apoderado o Representante Legal de la misma.
8. Una vez presentado el escrito y recibido en éste Consejo, el mismo se resolverá en 3 días hábiles contados a partir del siguiente día de recibido

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 2017.

Firma