

MODELO PARA SOLICITAR INSCRIPCION DE NUEVO REGENTE (Regente)

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 _____.
A Usted atentamente MANIFIESTO:

Que he celebrado Contrato con _____
(nombre del propietario), propietario de (nombre del establecimiento), situado en _____ de la
ciudad de _____, departamento de _____ inscrito bajo
el número _____

Con el fin de cumplir con los requisitos legales correspondientes presento: a) Contrato de Regencia con fotocopia para que se confronten entre sí, y si son conformes, se agregue ésta y se me devuelva original, y b) Certificaciones de buena salud y de inscripción en la Junta de Vigilancia respectiva (no es copia del diploma o carné) extendidas a mi favor.

Por lo anterior, respetuosamente PIDO: se me tenga como NUEVO REGENTE de (la Clínica, Laboratorio Clínico, etc.), y se haga la anotación correspondiente en el asiento respectivo.

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 o con firma Autenticada por Notario.
3. La distancia entre el lugar de vivienda del regente y el establecimiento no deberá ser mayor a 60 Kms.
4. Si se tratare de un establecimiento de Laboratorio Clínico, deberán llevarse los contratos de REGENCIA y de LABOR TECNICA a la Unidad Jurídica del CSSP y luego a la Junta respectiva, para que sean autorizados previamente.
5. Copia del recibo de pago de anualidad del Regente
6. Copia del recibo de pago de anualidad del establecimiento
7. Si el profesional que estará a cargo de la regencia es el mismo que realizará la labor técnica, se cobrarán los derechos de inscripción de regente y de encargado de labor técnica por \$11.43 cada uno.
8. Si el profesional que estará a cargo de la regencia es diferente al que realizará la labor técnica, éste deberá presentar la solicitud para dicho trámite y cancelar los derechos correspondientes (ver modelo de inscripción de labor técnica)
9. No se dará ingreso a las solicitudes si la documentación requerida no esta completa.
10. Plasmear el sello de establecimiento en la solicitud.
11. Todas las constancias y Certificaciones tendrán validez de 6 meses
12. Incluir número telefónico del propietario, regente y establecimiento para notificaciones
13. Cuando se extiendan constancias de buena salud, los profesionales que la suscriben deberán estar al día con su anualidad y plasmar el sello legalmente autorizado por su Junta de Vigilancia respectiva, de lo contrario no será válida.
14. El contrato de regencia deberá ser elaborado en escritura pública o documento privado autenticado.
15. 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. El regente deberá solicitar entrevista en la J.V.P.L.C.
16. Agregar a la solicitud el número de teléfono y correo electrónico del propietario y regente del establecimiento

NO SE RECIBIRAN SOLICITUDES ELABORADAS O LLENAS A MANO

**CONSTANCIA DE REGENCIA Y LABOR TECNICA PARA LA UNIDAD DE
REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
(APLICA SÓLO PARA LABORATORIO CLÍNICO)**

Fecha: _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre _____

Número de Registro _____ Apertura Cambio de Regente Traspaso

Labor Técnica

Dirección: _____

Nombre del Propietario: _____

Profesión del Propietario: _____

**Se hace constar que los siguientes datos son los del profesional Responsable
que desarrollara la Regencia o la Labor Técnica**

DATOS DE LOS PROFESIONALES

Nombre del Regente _____,

De inscripción _____

Horario de Regencia: _____

Regencia: APROBADA DENEGADA

Nombre Encargado de la Labor Técnica: _____

De inscripción: _____

Horario de Labor Técnica: _____

Labor Técnica: APROBADA DENEGADA

**Doy fé que no tengo bajo mi responsabilidad otra regencia, o actividades
laborales que no sean compatibles con el horario descrito en la presente
entrevista.**

F _____

Interesado

F _____

URES



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