

MODELO PARA SOLICITAR INSCRIPCION DE PROFESIONAL DE LABOR TECNICA Y  
REGENCIA

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 Labor  
Técnica y 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 PROFESIONAL DE LABOR  
TECNICA Y REGENTE de (nombre del Laboratorio Clínico), 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. Copia del recibo de pago de anualidad del Profesional responsable de ejercer la Labor Técnica y Regencia.
5. Copia del recibo de pago de anualidad del establecimiento
6. Derechos de inscripción \$11.43
7. Plasmar el sello de establecimiento en la solicitud.
8. Plasmar el sello del profesional autorizado por la JVPLC en la solicitud.
9. Todas las constancias y Certificaciones tendrán validez de 6 meses
10. Incluir número telefónico del propietario, profesional encargado de Labor Técnica y establecimiento para notificaciones
11. Presentar constancia 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.
12. El contrato de Regencia y labor técnica deberá ser elaborado en escritura pública o documento privado autenticado.
13. No se dará ingreso a solicitudes si la documentación requerida no está completa.
14. Agregar a la solicitud 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 2017.

\_\_\_\_\_  
Firma