

## MODELO PARA SOLICITAR TRASPASO 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  
Nº. \_\_\_\_\_, expedido en \_\_\_\_\_, y con Número de Identificación Tributaria número  
\_\_\_\_\_, con respeto a usted MANIFIESTO:

Que así como consta en la escritura            Pública (de compra venta, escritura de donación en original y fotocopia presento para que se confronten, se agregue ésta y se me devuelva aquél, soy actual propietario (a) del establecimiento denominado \_\_\_\_\_, situado en \_\_\_\_\_ (dirección completa), del departamento de \_\_\_\_\_, inscrito en este Consejo bajo el número \_\_\_\_\_ del registro correspondiente.

Por lo antes expuesto y a fin de que el establecimiento mencionado se inscriba a mi nombre en el registro correspondiente que lleva ese Consejo, presento además los siguientes documentos: a) Certificación de buena salud, Solvencia de la Policía (válida por un mes), y Constancia de no tener antecedentes penales en la Dirección General de Centros Penales, extendidos a mi favor; b) Certificaciones de buena salud e inscripción en la Junta de Vigilancia respectiva (no es copia del diploma o carné) extendidas a favor de \_\_\_\_\_ (nombre del regente); c) Contrato de regencia en original y fotocopia, para que previa confrontación se agregue ésta y se me devuelva el original en el cual consta que el profesional mencionado será el responsable del establecimiento de mi propiedad.

Por lo anterior atentamente, PIDO: Que previos los trámites legales correspondientes, se inscriba a mi favor la (clínica, laboratorio clínico, etc.) denominado "nombre del establecimiento", se tenga como regente a "nombre del regente" y se me extienda la certificación de Ley.

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 o en caso de no poder hacerlo, deberá presentar 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. Firma y sello del Regente en la solicitud
5. En caso de TRASPASO por HERENCIA presentar certificación de la declaratoria de herederos en original y fotocopia o copia certificada por notario.
6. Traspaso por Donación: presentar correspondiente escritura de donación en original y fotocopia o copia certificada por notario.
7. Si es Laboratorio Clínico el Contrato de Regencia y el Contrato de Labor Técnica deberán ser llevados a la Unidad Jurídica del CSSP y luego a la Junta de Vigilancia respectiva, para que tomen razón.
8. Copia de recibo de pago de anualidad del Regente.
9. Copia de recibo de pago de anualidad del establecimiento.
10. Todas las constancias y Certificaciones tendrán validez de 6 meses
11. Incluir número telefónico del propietario y del establecimiento para notificaciones
12. Cancelar derechos de traspaso.
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. 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.
15. Cuando se trate de establecimientos odontológicos, médicos y de Laboratorio Clínico, deberán presentar contrato de tratamiento desechos sólidos vigente 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.
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**

**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