

Modelo para Solicitar Cambio de Nombre del Establecimiento

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
, Inscrito bajo el número \_\_\_\_\_,  
a Usted atentamente SOLICITO: Autorización para CAMBIO DE NOMBRE DEL  
ESTABLECIMIENTO antes mencionado por el de: \_\_\_\_\_

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.
3. Firma y sello del Regente en la solicitud.
4. Agregar dirección del establecimiento.
5. Presentar copia del recibo de pago de ANUALIDAD del establecimiento
6. Presentar 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 por el Representante Legal de la misma, debiendo agregar en copia certificada por notario, el documento que lo acredite como tal.
8. Incluir número telefónico del propietario y del establecimiento para notificaciones
9. Cancelar derechos de Cambio de Nombre (\$5.71).
10. 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.
11. 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**



**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