

## MODELO PARA SOLICITAR CIERRE DEFINITIVO 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 número \_\_\_\_\_, expedido en \_\_\_\_\_, y con Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_, propietario del establecimiento denominado \_\_\_\_\_, situado en \_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_, inscrito en este Consejo bajo el número \_\_\_\_\_, a Usted atentamente SOLICITO:

Me conceda autorización para CERRAR DEFINITIVAMENTE el establecimiento antes mencionado a partir del día \_\_\_\_\_, por motivos 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 la firma autenticada por Notario.
3. Plasmar el sello del establecimiento en la solicitud.
4. Firma y sello del Regente en la solicitud.
5. Presentar copia del recibo de pago ANUALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO
6. Presentar copia del recibo de pago 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, debiendo éste agregar 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 cierre definitivo al momento de presentar la solicitud (\$1.71)
10. 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 2017.

\_\_\_\_\_  
Firma