| | | |
|---|---|---|
| Salud<br>Gobierno de la República | **SECRETARÍA DE SALUD**<br>**REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL**<br>**DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO**<br><br>REQUISITOS DE LICENCIA SANITARIA (NUEVA O RENOVACIÓN) PARA ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS. | Código<br>**DVMNR-062**<br>Primera Versión<br><br>Página 1 de 2 |

| **REQUERIMIENTOS GENERALES** |
|---|
| 1. Presentar solicitud (Original y Copia) con la suma que indique: SE SOLICITA LICENCIA SANITARIA NUEVA o SE SOLICITA RENOVACIÓN DE LICENCIA SANITARIA, con los siguientes datos: |
| a) Órgano al que se dirige: JEFE(A) REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL. |
| b) Nombre y generales (No. Identidad) del propietario o representante legal del establecimiento y del apoderado legal. |
| c) Razón social o denominación de la Sociedad. |
| d) Nombre del establecimiento. |
| e) Dirección exacta del establecimiento, incluyendo teléfono, fax, correo electrónico. |
| f) Actividad o actividades a que se dedicará. |
| g) Lugar y fecha de la solicitud. |
| h) Firma del solicitante. |
| **REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS** |
| **A. LICENCIA SANITARIA NUEVA** |
| 1. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo, la copia del carnet del abogado debe estar vigente). |
| 2. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad o de comerciante individual, debidamente inscrita en el Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil (Debidamente autenticada o su original para cotejo) (No aplica para Clínicas Odontológicas). |
| 3. Fotocopia del carnet del profesional que actuara como Director Técnico, cuando proceda. (En caso de Director Técnico. Constancia actualizada otorgada por el gremio profesional al que pertenece). (Debidamente autenticada o su original para cotejo). |
| 4. Recibo de pago por servicios de licencia sanitaria (2, 4 o 6 años). |
| 5. Presentación de los Planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y agua residuales del Establecimiento aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente. |
| 6. En el caso de vehículos y medios de transporte de servicios de salud (ambulancias, servicios móviles) deberán presenta la boleta de revisión del medio de transporte y documento legal que lo acredite. |
| **B. RENOVACIÓN DE LICENCIA** |
| 2. Declaración jurada.<br>La Declaración Jurada debe venir autenticada donde manifieste que mantiene las condiciones originales bajo la cual fue otorgada. |
| 3. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo, la copia del carnet del abogado debe estar vigente).<br>Si es el mismo apoderado legal o representante legal que realizará la Renovación y consta en el expediente, no lo presentará. |
| 4. Recibo de pago por el derecho de Renovación. |

**FOMATO DE SOLICITUD**

Señor(a)
J**EFE(A) REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL**
Presente
Yo, _____, mayor de edad, estado civil _____, hondureño(a), Abogado(a) o Representante Legal) con Identidad No._____, con Número de Colegiación _____, actuando en mi condición de (apoderado legal o representante legal) de _____, tal como lo acredito con la fotocopia del poder que acompaño debidamente autenticado o su original para cotejo (en tal caso de renovación si es el mismo apoderado legal o representante legal y consta en el expediente general no lo presentará). Con el respeto acostumbrado comparezco ante usted, solicitando se autorice la **LICENCIA SANITARIA NUEVA** o la **RENOVACIÓN DE LICENCIA SANITARIA** para el establecimiento:

- Nombre del establecimiento
- Dirección exacta del establecimiento.
- Teléfono y correo electrónico. Actividad o actividades a que se dedicara y servicios que brindara (Describir todos los servicios).
- Nombre y generales del propietario o representante legal del establecimiento.
- Razón social o denominación de la Sociedad.

**FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Fundo la presente solicitud en el Artículo 80 de la Constitución de la Republica: Artículos… de La Ley de Simplificación Administrativa; Artículos… del Código de Salud; Artículos… del Reglamento para Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario.

En caso de ser el representante legal el que presenta la solicitud, debe incluir la siguiente leyenda:
Para que comparezca ante este órgano en el trámite legal administrativo, confiero (poder limitado o amplio y suficiente, incluso aquellas facultades de expresa mención como derecho fuere necesario) al(la) Abogado(a) _____, con Identidad No._____, inscrito(a) en el Colegio de Abogados de Honduras, con Colegiación No._____ con oficina en _____, teléfono No._____, correo electrónico_____.

**PETICIÓN**

Al Señor(a) Jefe(a) Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, respetuosamente PIDO: Admitir la presente solicitud con los documentos acompañados, tenerme como (apoderado legal o representante legal), darle trámite de ley en definitiva resolver conforme a lo solicitado, extendiendo la Certificación y (Licencia Sanitaria Nueva o Renovación de Licencia Sanitaria) correspondiente.

Tegucigalpa, M.D.C., dd/mm/año.

_____
Firma y sello del Profesional Responsable