

Resumen de Evaluación de Impacto Regulatorio sobre la propuesta al Manual de procedimientos para la emisión de permisos sanitarios

Definición de la problemática:

Se vuelve necesario modificar y actualizar el Manual de Permisos, dado que fue emitido en el año 2014, presentando desactualización a las condiciones actuales, agregado a ello, se emite la Ley de Procedimientos Administrativos en el año 2018, la cual exige modificaciones de procedimientos y requisitos en la intervención de la Administración Pública, para otorgar permisos, licencias o autorizaciones, especialmente en los plazos para la actuación administrativa, y los requisitos a exigir a los usuarios.

Cabe agregar que han surgido cambios en la estructura organizativa de las Direcciones Regionales, lo cual exige modificación dentro del Manual de las dependencias que intervienen en los procedimientos establecidos en este.

Y por último debe señalarse que se pretende con la modificación del Manual, hacer efectivo lo establecido en la Ley de Eliminación de Barreras Burocráticas, ya que se presenta en el proyecto modificaciones dirigidas a facilitar la intervención de la Administración y la no exigibilidad de requisitos innecesarios a los usuarios.

Con la actualización del manual se podrán perseguir los objetivos siguientes:

Establecer en forma sistemática los procedimientos administrativos para la obtención de permisos sanitarios, que permitan el otorgamiento en forma eficiente y eficaz, de acuerdo al marco técnico jurídico en el menor tiempo posible.

Describir en forma ordenada y sencilla los pasos a seguir en los procedimientos administrativos para la obtención de permisos sanitarios, de conformidad a las atribuciones de los funcionarios y personal técnico.

Facilitar las coordinaciones entre las dependencias que intervienen en los trámites de emisión de permisos sanitarios.

Orientar al personal de las dependencias que intervienen en el proceso a seguir en respuesta a las solicitudes.

Alternativas Identificadas

Alternativa 1: No hacer nada

Beneficios:

- a. No se incurriría en hacer divulgación de nuevos instrumentos jurídicos para el personal del MINSAL, ni para el sector empresarial y demás usuarios

Costos:

- a. Se mantienen pasos y procedimientos innecesarios que alargan el tiempo de espera para entrega de permisos, por parte de los empresarios.
- b. Sobrecarga de trabajo al personal de salud que limita la capacidad de dar respuesta oportuna.
- c. No adecuación de los procedimientos para la emisión de permisos sanitarios con lo establecido en la Ley Procedimientos Administrativos, con la consecuencia y contradicción para los usuarios que aplican y el personal de salud involucrado.
- d. No implementación de la Ley de eliminación de barreras burocráticas.
- e. Al no tener el permiso de forma oportuna, las empresas no podrían exportar, ya que en otros países les exigen el permiso de funcionamiento emitido por parte de las autoridades sanitarias del país de origen de los productos.

Alternativa 2: Propuesta no regulatoria

Beneficios:

- a. Los procedimientos seguirían de la misma manera que se han venido trabajando hasta el momento, desde la existencia del manual vigente.

Costos:

- a. Los permisos se emitirían a discreción de los empleados de los distintos establecimientos de salud a nivel nacional, lo cual podría hacer que se cometan actos arbitrarios y falta de transparencia.
- b. Incertidumbre para el empresario debido a la falta de uniformidad en las tramitaciones.
- c. Ilegalidad en el funcionamiento de los establecimientos, por falta de permiso en forma oportuna.

Opción 3: Propuesta de regulación

Beneficios:

- a. Mayor agilidad en los trámites, para la obtención de permisos
- b. Procedimientos administrativos sistematizados para la obtención de permisos sanitarios que permitan el otorgamiento en forma eficiente y eficaz, de acuerdo al marco técnico jurídico en el menor tiempo posible.

- c. Claridad y certeza en los pasos a seguir en los procedimientos administrativos para la obtención de permisos sanitarios.
- d. Claridad en las responsabilidades de cada dependencia que intervienen en los trámites de emisión de permisos sanitarios.
- e. Uniformidad de procedimientos.
- f. Menor tiempo de espera.
- g. Disminución de gastos para el usuario y para la administración.

Costos:

- a. No se incurriría en mayores costos a los actuales. Es más, se prevé que disminuyan costos para las empresas, ya que se ahorrarían costos de viáticos para su personal, serían menos las ocasiones en que visitarían las oficinas para permisos.
- b. Utilización de equipo informático.

Favor enviar sus comentarios a los siguientes correos electrónicos:

ctorres@salud.gob.sv lguerrero@salud.gob.sv jlrodriguez@salud.gob.sv evillalobos@salud.gob.sv
y apocasangre@salud.gob.sv



Manual de procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios

San Salvador, El Salvador 2021



MINISTERIO
DE SALUD

Manual de procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios

San Salvador, El Salvador 2021

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud

Borrador Consulta Pública

FICHA CATALOGRÁFICA

2021 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Gestión y Desarrollo en Salud

Dirección de Regulación

Viceministerio de Operaciones en Salud

Dirección del Primer Nivel de Atención

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 22 05 70 00

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

Ministerio de Salud. Dirección de Regulación. Dirección Primer Nivel de Atención. Manual de procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios. San Salvador, El Salvador. C.A.

ÍNDICE

	n.º de página
Acuerdo.	6
Introducción.	7
I. Objetivos	7
II. Procedimientos:	8
1. Recepción de la solicitud.	9
2. Primera inspección sanitaria.	11
3. Procedimiento para la reinspección sanitaria.	14
4. Emisión de autorización, denegatoria de permiso u observaciones	16
III. Disposiciones Generales	17
IV. Derogatoria	19
VI. Vigencia	19
Anexos	20



MINISTERIO
DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD

Acuerdo n.º _____

San Salvador, de _____ de 2021.

EL ÓRGANO EJECUTIVO EN EL RAMO DE SALUD

CONSIDERANDO

- I. Que el Código de Salud establece en el numeral 4 del artículo 41, la facultad del Titular de esta Cartera de Estado de: organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias;
- II. Que mediante Acuerdo Ministerial n.º 1027, del 28 de noviembre de 2014, se emitió el Manual de Procedimientos Administrativos para la Emisión de Permisos Sanitarios, el cual contiene los procedimientos para el otorgamiento de permisos por la Región de Salud, el cual debe actualizarse para un trámite más ágil, y del cual debe separarse lo relacionado al tema de alcohol y tabaco, así como actualizarse en su contenido;
- III. Que por lo tanto es necesario emitir un nuevo Manual, a fin de que los trámites para la obtención de permisos sanitarios que emite el Ministerio de Salud a través de sus dependencias sean eficientes, eficaces, efectivos y transparentes.

POR TANTO: en uso de sus facultades legales,

ACUERDA emitir el siguiente:

Manual de procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios

INTRODUCCIÓN

La salud desde la determinación social es más que servicios de atención a enfermedades y enfermos, es un binomio entre el individuo y su entorno en donde el modo de vida y las condiciones en las que las personas se desarrollan en comunidad determinan la carga de enfermedad de dicho conjunto, este panorama supone que el garante de la salud de la población enfoque también esfuerzos para promover la salud y prevenir enfermedades.

Son las exigencias del desarrollo social y económico del país, los elementos que constituyen el marco de referencia para responder de manera integral e integrada el acceso y la calidad de los servicios públicos de salud.

El Ministerio de Salud (MINSAL), consciente de la responsabilidad para responder a la sociedad en favor de la salud de los habitantes de la República, demanda una transformación en los procedimientos de atención a la ciudadanía, que conlleve un ordenamiento procedimental y funcional de todas sus dependencias, por lo que se emite el presente instrumento jurídico denominado *Manual de procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios*, siendo para ello importante establecer de manera sistemática procedimientos de conformidad a las atribuciones de los funcionarios y personal técnico, que intervienen en el proceso para la emisión de los permisos sanitarios en las Regiones de Salud del MINSAL.

La Dirección de Salud Ambiental, el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) y las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), son las responsables de ejecutar adecuadamente los procesos de otorgamiento de permisos sanitarios, y que estos procesos sean expeditos y ágiles, para lo cual se aprueba el presente Manual, que establece de forma sistemática, ordenada y práctica, los pasos a seguir en los procedimientos administrativos.

En el procedimiento intervienen la Región de Salud, el SIBASI y la UCSF, cada uno en su área de responsabilidad, con delimitación de funciones de acuerdo a su competencia institucional.

I. Objetivos

a) General

Establecer en forma sistemática los procedimientos administrativos de los trámites para la obtención de permisos sanitarios que permitan el otorgamiento en forma eficiente y eficaz, de acuerdo al marco técnico jurídico en el menor tiempo posible.

b) Específicos

1. Describir en forma ordenada y sencilla los pasos a seguir en los procedimientos administrativos para la obtención de permisos sanitarios, de conformidad a las atribuciones de los funcionarios y personal técnico.
2. Facilitar las coordinaciones entre las dependencias que intervienen en los trámites de

emisión de permisos sanitarios.

3. Orientar al personal de las dependencias que intervienen en el proceso a seguir en respuesta a las solicitudes.

II. Procedimientos

1. Recepción de la solicitud.
2. Primera inspección sanitaria.
3. Para la reinspección sanitaria.
4. Emisión de autorización, denegatoria de permiso sanitario u observaciones.

Borrador Consulta Pública

Procedimiento 1: Recepción de la solicitud**Unidad responsable:** Área de permisos sanitarios de la región de salud correspondiente.**Objetivo:** Verificar que las solicitudes ingresadas para trámites de permisos sanitarios que se realicen en las regiones de salud cumplan con los requisitos jurídicos y administrativos establecidos en la normativa correspondiente.

Descripción narrativa del procedimiento		
Responsable	Paso n.º	Actividad
Técnico del área de permisos sanitarios	1	Asesora al interesado en los requisitos y procedimientos para el trámite de la autorización de permisos sanitarios, de acuerdo a la normativa correspondiente. Entrega de formulario de solicitud y los requisitos con base a la normativa vigente. (Usar y adecuar los Anexos 1A, 2A al 2K de acuerdo a lo solicitado).
Técnico del área de permisos sanitarios	2	Revisa la solicitud y documentación que se adjunta, para la determinación si cumple con los requisitos conforme al tipo de establecimiento y las disposiciones técnicas pertinentes. Se adjunta copia de toda la documentación. Al recibirse la solicitud se debe entregar constancia de recepción al solicitante, con su número de registro, lugar, medio y forma de presentación, día y hora de recepción. Si la documentación está incompleta se devuelve al usuario, adjuntando la Hoja de control de requisitos (Anexos 2A al 2-K), que se llenarán en duplicado. Debe considerar lo establecido en el art. 3 numeral 3 de la Ley de Procedimientos Administrativos. Si la solicitud y requisitos están completos, el técnico la recibe y luego remite el expediente al Colaborador Jurídico si existe en Área de Permisos Sanitarios y si no, a la Unidad Jurídica y llena en duplicado el formulario del Acta de Recepción de la solicitud, para revisión, de acuerdo al Anexo 2-L, para la emisión de dictamen jurídico para la admisibilidad, inadmisibilidad o prevención de la petición.
Colaborador jurídico asignado al Área de Permisos Sanitarios o en su defecto de Unidad Jurídica	3	Recibe y revisa la solicitud y documentación legal ingresada y emite dictamen jurídico, en un plazo máximo de 5 días hábiles. Remite expediente adjuntando el dictamen jurídico y resolución de admisibilidad, inadmisibilidad o de prevención, al coordinador del Área de Permisos Sanitarios, delegado para la firma de la resolución respectiva.
Coordinador del Área de Permisos Sanitarios	4	Recibe y revisa expediente, dictamen y resolución de admisibilidad, inadmisibilidad o prevención correspondiente, de acuerdo a los anexos 2-M, 2-N y 2-O. En caso de observaciones al expediente o trámite se notificará prevención al usuario y tendrá 10 días hábiles para subsanarla, plazo que podrá ampliarse otros 10 días hábiles a solicitud del interesado. Debe considerar lo establecido en el art. 72 de la Ley de Procedimientos Administrativos. Firma la resolución, notifica personalmente o por delegación en legal forma, de acuerdo con lo establecido en los formularios de los anexos 2-P y 2-Q.
Técnico del área de permisos sanitarios	5	Elabora y emite el mandamiento de pago, con base al <i>Acuerdo sobre precios para la venta de productos y prestación de servicios comercializados por el Fondo de Actividades Especiales del Ministerio de Salud</i>.

Técnico del área de permisos sanitarios.	6	Entrega el original del mandamiento de pago al usuario para que cancele los derechos del trámite, anexo 3.
Técnico del área de permisos sanitarios.	7	Recibe y revisa comprobante de cancelación del mandamiento de pago, e ingresa la solicitud con documentos adjuntos en original y copia, elabora y entrega al usuario el comprobante de ingreso debidamente firmado y sellado, conforme a Anexo 3A y 3B. En el caso de no presentar el mandamiento de pago debidamente cancelado, en un plazo de treinta días hábiles, se aplicará las reglas de caducidad de la Ley de Procedimientos Administrativos art. 117, y se archivará el expediente.
Secretaria del área de permisos sanitarios.	8	Envía copia de solicitud de trámite de permiso de funcionamiento a UCSF del área de responsabilidad a la cual corresponde el establecimiento del que se ha solicitado el permiso sanitario, pudiendo efectuarse, para que se inicie el proceso de inspección: - A través de medio electrónico a correo institucional de director de la UCSF, o de fax. - A través del SIBASI del cual depende la UCSF respectiva. Posteriormente la UCSF o SIBASI debe retirar la copia de dicha solicitud junto con la documentación pertinente en el área de correspondencia de la Región de Salud correspondiente, en un plazo máximo de cinco días hábiles de recibida la mencionada.
Secretaria del área de permisos sanitarios.	9	Confirma la recepción de la solicitud por medio de fax o correo electrónico, dejando constancia de la recepción, nombre y cargo de quien recibe, hora y fecha.
Técnico del área de permisos sanitarios.	10	Adjunta la solicitud al expediente y se incorpora en base de datos.

Lista de formatos que se utilizan en el procedimiento 1

No.	Nombre del Formato	Distribución
1	Solicitud	Original: expediente del establecimiento bajo resguardo del área de permisos sanitarios. Copia: expediente del establecimiento bajo resguardo de saneamiento de UCSF del área de competencia.
2	Hoja de control de requisitos.	Original: área de permisos sanitarios Copia: usuario
3	Acta de recepción de lo solicitado para revisión	Original: área de permisos sanitarios Copia: usuario
4	Dictamen jurídico	Original: área de permisos sanitarios Copia: colaborador jurídico
5	Autos de prevención o no admisibilidad	Original: área de permisos sanitarios Copia: usuario
6	Comprobante de ingreso	Original: usuario

Procedimiento 2: Primera inspección sanitaria

Unidad responsable: Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF).

Objetivo: Desarrollar la primera inspección técnica para trámite de permiso sanitario y verificar las condiciones sanitarias.

Descripción narrativa del procedimiento		
Responsable	Paso n.º	Actividad
Secretaria de UCSF	1	Ingresar la solicitud enviada por la región de salud, la registra en libro de control de ingreso de documentos. La entrega al director de la UCSF.
Director de UCSF	2	Ordena el retiro de la copia de solicitud y su documentación en la región de salud respectiva. Ordena se practique inspección, marginando la solicitud recibida al área de Salud Ambiental de la UCSF, la cual tendrá un plazo de diez días hábiles para remitir el informe de la inspección sanitaria al área de permisos de la Región de salud de acuerdo al anexo 4. La remisión de la solicitud al área de saneamiento ambiental debe efectuarse en los primeros dos días hábiles.
Secretaria o director de UCSF	3	Entrega al supervisor de saneamiento ambiental, inspector técnico en saneamiento ambiental, o quien realice sus funciones, la solicitud marginada.
Supervisor local de salud ambiental o quien haga sus funciones	4	Recibe la copia de solicitud marginada, anota en el libro de atención de solicitudes de saneamiento ambiental y ordena al inspector técnico en saneamiento ambiental, efectuar la inspección, entregando copia de la solicitud.
Inspector técnico de salud ambiental	5	Recibe copia de la solicitud y firma de recibido, en libro de control de atención de solicitudes y programa inspección en un periodo no mayor de tres días hábiles. Agrega copia de solicitud, junto con la copia de la documentación, al expediente del establecimiento. En caso de no tener actuaciones anteriores de dicho establecimiento, debe crear expediente administrativo teniendo como primer folio la solicitud, junto con el resto de documentación.
Inspector técnico de saneamiento ambiental	6	Efectúa inspección de conformidad a los instrumentos jurídicos aplicables, dejando constancia escrita a través de acta de inspección. En aquellos casos de complejidad del trámite, o por razones de transparencia, el inspector técnico de saneamiento ambiental será acompañado del supervisor local de saneamiento ambiental, debiendo firmar ambos el acta. En casos especiales, habrá acompañamiento del SIBASI del área geográfica correspondiente, para la inspección, y la responsabilidad de la inspección corresponderá siempre a la UCSF.

		En caso de observaciones y recomendaciones, consignará en el acta de inspección el día para que las retire en la UCSF o en la que se harán llegar a través de medio electrónico señalado para recibir las notificaciones. El plazo para la entrega de recomendaciones no podrá ser mayor de diez días hábiles. En caso de referir el trámite de permiso sanitario a medio de transporte, las observaciones y recomendaciones se entregarán por escrito al solicitante o su delegado, al concluir la inspección, a través del acta respectiva.
Inspector técnico de saneamiento ambiental	7	Elabora y presenta informe de acuerdo a anexos 4A, 4B y remitiéndolo al director de la UCSF a través del supervisor local de saneamiento, adjuntando toda la documentación de inspección, tales como actas de inspección, fichas de evaluación sanitaria, documento conteniendo observaciones y recomendaciones, y plazos determinados para subsanar deficiencias encontradas, así como otros documentos relacionados al trámite. En el caso de acompañamiento por parte del SIBASI, si su delegado tiene observaciones o recomendaciones las anexará al acta o informe, para su comunicación. En caso de cumplirse con los requisitos para otorgar el permiso, emitirá su opinión técnica y anexará al informe la ficha sanitaria original.
Supervisor local de saneamiento ambiental	8	Revisa informe, si cumple con los requisitos se emite visto bueno, continúa con el paso 9, y anota dicho informe en libro de control de documentos entregados a secretaria. Si no está completo o existen observaciones, lo devuelve al inspector de saneamiento ambiental para su corrección. Si de lo observado amerita una nueva inspección, deberá acompañar al inspector. Archiva ficha de evaluación sanitaria original en expediente del establecimiento para su empleo en la reinspección.
Secretaria de UCSF	9	Recibe informe y documentación completa y entrega a director de UCSF, quien firma y coloca fecha de recibido en libro de saneamiento.
Director de UCSF	10	Recibe y revisa el informe, si existen observaciones, lo devuelve al supervisor de saneamiento para su corrección en un plazo de tres días hábiles. Si el informe está completo, lo entrega a la secretaria para remitirlo al director regional, de acuerdo a los anexos 4-C y 4-D, el mismo día de recibida la documentación. De igual forma, firmará el informe de observaciones y recomendaciones, y las remitirá: a) Al solicitante a través de medio electrónico señalado para recibir las notificaciones o por medio físico según lo acordado en acta de inspección. b) Al área de permisos sanitarios, dejando copia en el expediente de la UCSF.

Secretaría de UCSF	11	Anota los datos del informe en el libro de control de correspondencia remitida a la Región y lo envía con persona delegada.
--------------------	----	---

Lista de formatos que se utilizan en el procedimiento 2

No.	Nombre del formato	Distribución
1	Solicitud	Copia: expediente del establecimiento bajo resguardo del área de saneamiento de la UCSE.
2	Ficha de evaluación sanitaria	Original: expediente del establecimiento, bajo resguardo del área de saneamiento de la UCSE.
3	Informes	Original: expediente del establecimiento bajo resguardo del área de permisos sanitarios. Copia: expediente del establecimiento, bajo resguardo del área de saneamiento de la UCSE.

Procedimiento 3: Para la reinspección sanitaria

Unidad responsable: Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF).

Objetivo: verificar administrativamente el cumplimiento de las recomendaciones técnicas emitidas por el inspector de saneamiento ambiental.

Descripción narrativa del procedimiento		
Responsable	Paso n.º	Actividad
Supervisor local o inspector técnico de saneamiento ambiental	1	En caso de haber observaciones y recomendaciones en la primera inspección, se ordena al inspector técnico de saneamiento ambiental, realice la reinspección en un máximo de cinco días hábiles posterior al vencimiento del plazo otorgado al solicitante.
Inspector técnico de saneamiento ambiental	2	Efectúa reinspección verificando cumplimiento de recomendaciones, y empleando los instrumentos de evaluación sanitaria establecidos. Si no se ha cumplido con la totalidad de recomendaciones, ni con calificación sanitaria establecida para otorgar el permiso sanitario, el inspector debe consignar en el acta de inspección un plazo adicional según lo establecido en las consideraciones generales para el cumplimiento de recomendaciones, entregando copia del mismo al interesado o al encargado del establecimiento objeto de la inspección. De efectuarse la reinspección final, y se debe establecer en el acta que consulte al área de permisos, en un plazo de diez días hábiles para seguimiento de su trámite.
Inspector técnico de saneamiento ambiental	3	Elaborar y presentar informe al director de la UCSF, a través del supervisor local de saneamiento, anexando la documentación de inspección, tales como: actas de inspección conteniendo plazo para efectuar segunda reinspección si fuera el caso. En caso de ser última inspección, emitirá dictamen técnico otorgando o denegando el permiso sanitario y debe anexar al informe la ficha sanitaria original.
Supervisor local o inspector técnico de saneamiento ambiental	4	Emitir el visto bueno al informe, si cumple con los requisitos sigue con el paso 5, y lo registra en el libro de control de documentos entregados. Si no está completa o existen observaciones, se devolverá al inspector técnico para su corrección. Archivar ficha de evaluación sanitaria original en expediente del establecimiento, para su empleo en la segunda reinspección.
Secretaria de Dirección	5	Recibe informe y documentación, lo registra en el libro de saneamiento y entrega a director de la UCSF.
Director UCSF	6	Recibe y revisa el informe, si está completo lo entrega a la secretaria, de lo contrario solicita se complete la información. Emite visto bueno con base a dictamen técnico de saneamiento ambiental, y ordena a secretaria que elabore el informe de remisión a dirección regional. En caso se haya otorgado plazo adicional para cumplimiento de las recomendaciones, debe informarlo al área de permisos sanitarios anexando la

		documentación original a excepción de ficha de evaluación sanitaria.
Secretaria de dirección	7	Elabora memorando de remisión de nuevo plazo o dictamen técnico de resolución de permiso, con base a los anexos 4-C y 4-D, para el área de permisos sanitarios de la dirección regional de salud, el mismo día de recibida la documentación.
Secretaria de dirección	8	Anotar el informe en libro de control de documentos remitidos a la región.

Lista de formatos que se utilizan en el procedimiento 3

No.	Nombre del Formato	Distribución
1	Fichas de Evaluación Sanitaria	<u>Original</u> : expediente del establecimiento bajo resguardo de Saneamiento de UCSF del área de competencia para su empleo en reinspección.

Procedimiento 4: Emisión de autorización, denegatoria de permiso sanitario u observaciones.

Unidad responsable: Área de permisos sanitarios.

Objetivo: establecer de forma sistemática el proceso administrativo de la emisión y entrega de resultados de la solicitud del permiso sanitario.

Descripción narrativa del procedimiento		
Responsable	Paso n.º	Actividad
Secretaria del área de permisos sanitarios.	1	Recibe los documentos enviados por la UCSF, lo registra en el libro de control de recepción de documentos y los entrega al coordinador del área de permisos sanitarios o técnico del área de permisos sanitarios.
Coordinador del área de permisos sanitarios o técnico de permisos sanitarios respectivo.	2	Revisa la documentación, si no está completa o tiene observaciones lo devuelve a la UCSF, utilizando hoja de observaciones, de acuerdo con anexos 5-A, continúa con el paso 3. Deberá realizarse la verificación en un plazo de 5 días hábiles.
Coordinador del área de permisos sanitarios o técnico de permisos sanitarios respectivo.	3	Separa documentación según corresponda: a) Documentación con recomendaciones firmadas o informes de reinspecciones para actualizar el expediente. b) Documentación con dictamen técnico para autorización o denegatoria del permiso. En su caso, entrega al técnico del área de permisos sanitarios.
Técnico del área de permisos sanitarios.	4	Elaborar informe del trámite y resolución, en base a opinión técnica recibida, de acuerdo a los anexos 6 A y 6 B
Coordinador del área de permisos sanitarios.	5	Revisa expediente, firma informe del trámite y lo entrega a secretaria del área de permisos sanitarios.
Secretaria del área de permisos sanitarios.	6	Recibe expediente, registra en el libro de control de documentos para permisos y denegatorias, y los entrega a coordinador de la División de Salud Ambiental.
Coordinador de la división de salud ambiental	7	Revisa expediente, firma memorando de remisión del trámite, a través de secretaria al director de la región de salud.
Director de región de salud.	8	Revisa, firma y remite resolución al área de permisos sanitarios.
Secretaria del área de permisos sanitarios.	9	Recibe expedientes y resoluciones. Se encarga de sacar copia de resoluciones, anota en el libro de registro y entrega las originales al usuario, quien como constancia debe firmar de recibido en copia de resolución. Incorpora documentación al expediente.

Técnico del área de permisos sanitarios.	10	Archiva y resguarda el expediente. Actualiza base de datos, elabora informe de consolidado de resoluciones y lo remite al SIBASI a través de la dirección de región de salud, para su entrega a las UCSF.
--	----	--

Lista de formatos que se utilizan en el procedimiento 4

No.	Nombre del Formato	Distribución
1	Formato de revisión	Original: UCSF Copia: expediente del establecimiento bajo resguardo del área de permisos sanitarios y SIBASI.

III. Disposiciones generales

Plazo para cumplir recomendaciones

Los plazos para el cumplimiento de las deficiencias sanitarias que se emitirán por parte de los servidores públicos se deben definir por criterio técnico de la siguiente forma:

1. Los de corto plazo de cinco a treinta días hábiles,
2. Los de mediano plazo que debe ser entre treinta y noventa días hábiles
3. Siempre que medie petición escrita del interesado, podrá ser de mayor término, quedando su aprobación a cargo del Director de la UCSF, previo dictamen técnico. En caso de no cumplir en el plazo señalado se podrá conceder un plazo adicional según las reglas establecidas en el art. 83 de la Ley de Procedimientos Administrativos.

De la resolución de permiso sanitario

Según necesidad o la naturaleza del permiso sanitario, podrán agregarse en la resolución de permiso sanitario, condiciones o cláusulas de obligatorio cumplimiento por parte del solicitante.

De la congruencia de la solicitud y el permiso sanitario

En aquellos casos, en que en la solicitud se plasme respecto de un determinado tipo de establecimiento, y en las distintas inspecciones se observa uno diferente al declarado, deberá resolverse la solicitud de acuerdo a las condiciones verificadas y a la normativa correspondiente.

De igual forma, en aquellos casos no contemplados en este manual, pero si relacionados a otra normativa propia del MINSAL, se deberá adecuar los formatos y procedimientos a ese tipo de establecimiento y tal normativa.

De las constancias

En caso de que se requiera constancia de trámite de permisos, se emitirá de acuerdo al anexo 6-D, no constituyendo tal documento autorización o permiso alguno, sino únicamente que se está tramitando el mismo.

Del incumplimiento del manual

Todo incumplimiento al presente manual de procedimientos será sancionado de acuerdo a lo prescrito en las disposiciones legales administrativas pertinentes.

Modificación de permiso

En caso de requerirse por el solicitante de un permiso sanitario vigente, que esté sea modificado por cambio de propietario o de nombre comercial, se deberá hacerse la solicitud en área de permisos sanitarios. No procederá en el caso que haya cambios en la estructura física del establecimiento y deberá solicitar nuevo permiso.

Anexos

Forman parte integrante del manual de procedimientos, los anexos siguientes:

Número 1.

A. Formulario para solicitud de permiso para instalación y funcionamiento de establecimientos.

B. Formulario para solicitar permiso sanitario de funcionamiento de vehículos que transportan alimentos y/o bebida.

C. Formulario para solicitar permiso sanitario de funcionamiento de embarcaciones.

D. Formulario para solicitar permiso sanitario de funcionamiento para vehículos que transportan materia orgánica.

Número 2. Control de requisitos de:

- A. Hoja control de requisitos para establecimiento de alimentos.
- B. Hoja control de requisitos para fábrica de alimentos.
- C. Hoja control de requisitos para establecimiento industrial, comercio y similares, excepto alimentarias.
- D. Hoja de control de requisitos de solicitud para unidad de transporte de alimentos.
- E. Hoja control de requisitos para unidad de transporte marítimo.
- F. Hoja de control de requisitos de solicitud para establecimientos agroindustriales (procesadoras de caña de azúcar, beneficios para procesar café, recibideros de café).
- G. Hoja de control de requisitos de solicitud para establecimientos que manipulan cadáveres (funerarias, cementerios, crematorios y similares).
- H. Hoja de control de requisitos de solicitud para establecimientos granjas, mataderos, establos y otras actividades afines (aves, bovinos, porcinos, equinos, caprinos).
- I. Hoja de control de requisitos de solicitud para piscinas (públicas, privadas) y balnearios.
- J. Hoja de control de requisitos de solicitud para autorización del permiso de operación de actividades de control de insectos, roedores y otros animales.
- K. HOJA DE CONTROL DE REQUISITOS DE SOLICITUD EMBARCACIONES
- L. Acta de recepción de la solicitud-

- M. Resolución de admisibilidad.
- N. Resolución de inadmisibilidad
- O. Resolución de prevención.
- P. Acta de notificación de la admisión de lo solicitado.
- Q. Acta de notificación de prevención o inadmisibilidad de lo solicitado.

Número 3. Comprobante de ingreso del pago por el servicio:

- A. Comprobante de ingreso de formulario para solicitar permiso de instalación y funcionamiento de establecimientos.
- B. Comprobante de ingreso de formulario para solicitar permiso sanitario de vehículos que transportan alimentos

Número 4. Acta de inspección sanitaria

- A. Informe interno por inspección
- B. Informe Interno por reinspección.
- C. Informe externo por inspección
- D. Informe externo por reinspección.

Número 5.

- A. Observaciones para la UCSF

Número 6.

- A. Resolución para otorgar el permiso
- B. Resolución denegatoria de permiso
- C. Resolución de modificación
- D. constancia por trámites

IV. Derogatoria

Derógase el Acuerdo Ministerial n.º 1027, del 28 de noviembre de 2014, que oficializó el *Manual de procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios*.

V. Vigencia

El presente manual de procedimientos administrativos entrará en vigencia a partir de esta fecha.

COMUNÍQUESE.

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud ad honorem

Anexos

ANEXO 1-A
SOLICITUD DE PERMISO DE
INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS

Espacio exclusivo para MINSAL	NUMERO DE SOLICITUD 	FECHA DE RECEPCION 	MARGINAR A LA UCSF 	☐ 1r. PERMISO ☐ RENOVACION
-------------------------------	---	--	--	--

1. Datos del Propietario o Representante Legal		☐ PROPIETARIO ☐ REPRESENTANTE LEGAL	
NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD 		NACIONALIDAD 	
NUMERO DE DUI 	NUMERO DE CARNET DE RESIDENTE O PASAPORTE (Solo para extranjero) 	CORREO ELECTRONICO 	TELEFONO
DIRECCION 	MUNICIPIO 	DEPARTAMENTO 	

2. Datos del Establecimiento	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO 	TIPO DE ESTABLECIMIENTO
DIRECCION 	MUNICIPIO
DEPARTAMENTO 	
INSCRITO AL RC CON EL NUMERO 	CAPITAL INSCRITO
NIT 	TELEFONO
FAX 	CORREO ELECTRONICO
TOTAL DE EMPLEADOS DE PLANTA (EXCLUYENDO ADMINISTRATIVO)	
MASCULINO: 	FEMENINO:

3. Datos complementarios para las fabricas de alimentos u otros establecimientos alimentarios DIRECCION EXACTA DE LAS OFICINAS CENTRALES <table style="width:100%;"> <tr> <td>TELEFONO OFICINA CENTRAL </td> <td>FAX OFICINA CENTRAL </td> <td>CORREO ELECT OFIC CENTRAL </td> </tr> </table> <table style="width:100%;"> <tr> <td>TIPO DE PRODUCTO QUE ELABORA</td> <td>LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA</td> <td>REGISTRO SANITARIO</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACION ANEXAR HOJA DE ACUERDO AL FORMATO	TELEFONO OFICINA CENTRAL 	FAX OFICINA CENTRAL 	CORREO ELECT OFIC CENTRAL 	TIPO DE PRODUCTO QUE ELABORA	LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA	REGISTRO SANITARIO										4. Datos complementarios para fabricas (excepto alimentaria) Industrias, Comercio y similares. DIRECCION EXACTA DE LAS OFICINAS CENTRALES <table style="width:100%;"> <tr> <td>TELEFONO OFICINA CENTRAL </td> <td>FAX OFICINA CENTRAL </td> <td>CORREO ELECT OFIC CENTRAL </td> </tr> </table> <table style="width:100%;"> <tr> <td>TIPO DE PRODUCTO QUE ELABORA</td> <td>LISTA DE PRODUCTOS QUE</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACION ANEXAR HOJA DE ACUERDO AL FORMATO	TELEFONO OFICINA CENTRAL 	FAX OFICINA CENTRAL 	CORREO ELECT OFIC CENTRAL 	TIPO DE PRODUCTO QUE ELABORA	LISTA DE PRODUCTOS QUE						
TELEFONO OFICINA CENTRAL 	FAX OFICINA CENTRAL 	CORREO ELECT OFIC CENTRAL 																									
TIPO DE PRODUCTO QUE ELABORA	LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA	REGISTRO SANITARIO																									
TELEFONO OFICINA CENTRAL 	FAX OFICINA CENTRAL 	CORREO ELECT OFIC CENTRAL 																									
TIPO DE PRODUCTO QUE ELABORA	LISTA DE PRODUCTOS QUE																										

5. Firma del solicitante	
_____ FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE (PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL)	
FAVOR DE ELABORAR EL CROQUIS DE DISTRIBUCION DE LA PLANTA AL REVERSO DEL FORMULARIO (APLICA UNICAMENTE FABRICAS), NO TIENE QUE ESTAR A ESCALA	

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR	
Fecha de recepción: _____	
Nombre y firma del Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar: _____	

	Espacio exclusivo para MINSAL							
Fecha de recepción		SIBASI	MARGINAR A UCS					
1. Datos del Propietario o Representante Legal		☐ Propietario	☐ Representante Legal					
		☐ Apoderado						
NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD		NACIONALIDAD						
N.º DUI/Carnét		Correo electrónico	Teléfono fijo					
DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO						
RAZON SOCIAL: 								
INSCRITO AL REGISTRO DE COMERCIO CENTRAL		NIT	TEL. OFICINA CENTRAL					
2. Datos de la Unidad de Transporte								
No	No DE PLACA	TIPO DE VEHICULO	TIPO DE ALIMENTOS		TIPO DE PERMISO		No de empleados (Conductores y Ayudantes)	No de solicitud y código de identificación asignado por el MINSAL
			PERECEDE ROS	NO PERECEDE ROS	PRIMER A VEZ	RENOVACIÓN		
3. Dirección de permanencia de Vehículo/Operaciones		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO					
Nombre de la persona que presenciara la inspección		Teléfono						
4. Otros datos								
LOS ALIMENTOS SON DISTRIBUIDOS POR LA EMPRESA								
DIRECCION EMPRESA DISTRIBUIDORA								
LUGARES DE COMERCIALIZACIÓN O DESTINO FINAL								

5. Tipo de Alimentos que se transportan en el vehículo

6. Firma del solicitante

FIRMA DEL SOLICITANTE

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIA

Fecha de recepción: _____

Nombre y firma del Director de la UCSF _____

SELLO

Borrador Consulta Pública



FORMULARIO PARA SOLICITAR PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO DE EMBARCACIONES



Espacio exclusivo para MINSAL	NUMERO DE SOLICITUD	FECHA DE RECEPCIÓN	MARGINAR A UCSF	1°. PERMISO	RENOVACIÓN
CÓDIGO ASIGNADO A LA EMBARCACIÓN					

1. Datos del Propietario o Representante Legal

☐ PROPIETARIO☐ REPRESENTANTE LEGAL☐ APODERADO _____

NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD

NACIONALIDAD

NUMERO DE DUI / No. DE CARNET DE RESIDENTE O PASAPORTE (Solo para extranjero)

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

2. Datos de la Embarcación

TIPO DE EMBARCACIÓN:

Nombre de la embarcación

RAZÓN SOCIAL

DIRECCIÓN DE MUELLE DONDE ATRACA:

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

3. No. De Certificado de matrícula

INSCRITO AL RC

CAPITAL

NIT DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL

No. _____ L. _____

\$ _____

TOTAL DE TRIPULANTES

4. Firma del solicitante

SELLO

FIRMA DEL SOLICITANTE (PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO)

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR

Fecha de recepción: _____

SELLO

Nombre y firma del Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar _____

Anexo 1 -D



FORMULARIO PARA SOLICITAR PERMISO SANITARIO PARA VEHÍCULOS QUE TRASPORTAN MATERIA ORGÁNICA



Espacio exclusivo para MINSAL	NUMERO DE EXPEDIENTE	FECHA DE RECEPCION	MARGINAR A UCSF	PERMISO	RENOVACIÓN

1. Datos del Propietario o Representante Legal ☐ PROPIETARIO ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ APODERADO

NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD

NACIONALIDAD

NUMERO DE DUI

NUMERO DE CARNET DE RESIDENTE O PASAPORTE (Solo para extranjero)

CORREO ELECTRONICO

TELEFONO

DIRECCION

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

RAZON SOCIAL:

INSCRITO AL REGISTRO DE COMERCIO

NIT DE LA EMPRESA o PERSONA NATURAL

TELÉFONO OFICINA CENTRAL

FAX OFICINA CENTRAL

No. L.

2. Datos del Conductor de la Unidad de Transporte

NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD

NACIONALIDAD

NUMERO DE DUI

No. DE CARNET DE RESIDENTE O PASAPORTE (Solo para extranjero)

No. LICENCIA

TELEFONO

3. Datos de la Unidad de Transporte

DIRECCION DE PERMANENCIA DEL VEHICULO / OPERACIONES

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENCIARA LA INSPECCION

TELEFONO

4. Otros datos

LA PULPA DE CAFÉ O GALLINAZA SE TRASLADARA DE:

LUGAR DE DESTINO FINAL

5. Tipo de Materia Orgánica que transporta la Unidad Pulpa de Café ☐ Gallinaza ☐

TIPO DE MATERIA ORGÁNICA	CANTIDAD EN M3
PULPA DE CAFÉ	
GALLINAZA	

6. Firma del solicitante

SELO

FIRMA DEL SOLICITANTE (PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO)

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR

Fecha de recepción: _____

Nombre y firma del Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar: _____

SELO

ANEXO 2-A
Región de salud _____
Área de permisos sanitarios

Hoja de control de requisitos de solicitud para establecimientos alimentarios (Restaurantes, supermercados, panaderías artesanales, bodegas de alimentos, procesadoras artesanales de lácteos, tiendas de conveniencia, salas de ventas de alimentos, taquerías, comedores, pupuserías, molinos de nixtamal, otros similares)

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Tipo de permiso: Primera vez () Renovación ()

Nº	Requisito	si	no	Observación
1	Formulario debidamente lleno			
2	Lista de productos que elaboran o comercializan firmado y sellado			
3	Copia de balance contable			
4	Copia de permiso vencido o por vencerse (aplica si es renovación)			
5	Fotocopia de DUI del representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carnet de residente)			
6	Fotocopia de NIT de persona natural o jurídica.			
7	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de escritura de constitución de sociedad.			
8	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de credencial de representante legal			
	Autorización para la persona que realizará el trámite autenticada por notario u original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada, más copia DUI y NIT			
9	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de calificación de lugar otorgada por la autoridad competente. (No aplica para comedores, pupuserías, taquerías, chalet y molinos de nixtamal)			
10	Certificados de salud con exámenes clínicos de heces y orina			
11	Programa de control de insectos y roedores.			

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el área de permisos sanitarios, los documentos requeridos, por lo que, al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área
de permisos

Nombre y firma de propietario,
representante legal o persona autorizada.

ANEXO 2-B
Región de Salud _____
Área para permisos sanitarios
Hoja de control de requisitos de solicitud para fábricas de alimentos

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Tipo de permiso: Primera vez () Renovación ()

Nº	Requisito	si	no	Observación
1	Formulario debidamente lleno			
2	Lista de productos que elaboran o comercializan firmado y sellado			
3	Copia de balance contable			
4	Copia de permiso vencido o por vencerse (aplica si es renovación)			
5	Fotocopia de DUI del representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carnet de residente)			
6	Fotocopia de NIT de empresa o persona natural.			
7	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de escritura constitución de sociedad.			
8	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de credencial de representante legal			
9	Autorización para la persona que realizará el trámite autenticada por notario u original y fotocopia, para confrontación, o copia certificada de poder, más copia DUI y NIT			
10	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de calificación de lugar otorgada por la autoridad competente			
11	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de Permiso Ambiental vigente extendido por MARN (cuando aplique)			
12	Certificados de Salud con exámenes clínicos de heces y orina vigentes			
13	Programa de capacitación de BPM (cuando aplique)			
14	Programa de control de insectos y roedores.			
15	Copia de la certificación de bomberos (cuando sea requerido)			
16	Croquis y Distribución de la planta (cuando aplique)			

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el área de permisos sanitarios, los documentos requeridos, por lo que, al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área de permisos

Nombre y firma de propietario, representante legal o persona autorizada.

ANEXO 2-C
Región de Salud _____
Área de permisos sanitarios

Hoja de control de requisitos de solicitud para establecimientos:

Fábricas no alimentarias, industria, comercio y similares

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Tipo de permiso: Primera vez () Renovación ()

N o	Requisito			Observación
		si	no	
1	Formulario debidamente lleno			
2	Lista de productos que elaboran o comercializan firmado y sellado			
3	Copia de balance contable (aplique fábricas y/o industrias)			
4	Copia de permiso vencido o por vencerse (aplica si es renovación)			
5	Fotocopia de DUI del representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carnet de residente)			
6	Fotocopia de NIT de empresa o persona natural.			
7	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de escritura de constitución de sociedad.			
8	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de credencial de representante legal			
9	Autorización para la persona que realizará el trámite autenticada por notario, u original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de poder, más copia de DUI y NIT			
10	Solvencia municipal			
11	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de calificación de lugar otorgada por la autoridad competente			
12	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de permiso ambiental vigente extendido por MARN (cuando aplique)			
13	Programa de control de insectos y roedores.			
14	Certificados de salud con exámenes generales de heces y orina vigentes para los manipuladores de alimentos, si hubieren.			
15	Copia de la certificación de bomberos (cuando sea requerido)			
16	Croquis y distribución de la planta (cuando aplique)			

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el área de permisos sanitarios, los documentos requeridos, por lo que, al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área de permisos

Nombre y firma de propietario, representante legal o persona autorizada.

ANEXO 2-D
Región de Salud _____
Área de permisos sanitarios

Hoja de control de requisitos de solicitud para unidad de transporte de alimentos
(Tipo de alimentos perecederos y no perecederos)

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Tipo de permiso: Primera vez () Renovación ()

Nº	Requisito	si	no	Observación
1	Formulario debidamente lleno			
2	Fotocopia de DUI y NIT del representante legal o persona natural.			
3	Fotocopia de NIT de la persona jurídica (legible)			
4	Original y copia, para confrontación, de escritura de constitución de sociedad o modificación de ésta.			
5	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de credencial de elección del representante legal vigente.			
6	En caso que el propietario o representante legal delegue a otra persona para realizar el trámite, debe presentar original y copia, para confrontación, del poder o autorización autenticada, según sea el caso, más copia del DUI y NIT del apoderado o autorizado.			
7	Listado de productos de alimentos que transportará			
8	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de la tarjeta de circulación de la unidad de transporte			
9	Certificado de salud de los trabajadores que incluya examen general de heces y orina vigentes y otros análisis a criterio del médico que evalúa al manipulador de alimentos.			

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el área de permisos sanitarios, los documentos requeridos, por lo que, al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área de permisos

Nombre y firma de propietario, representante legal o
Persona autorizada.

ANEXO 2-E
Región de Salud _____
Área de permisos sanitarios
Hoja de control de requisitos de solicitud para unidad de transporte marítimo
(Tipo de alimentos perecederos y no perecederos)

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Tipo de permiso: Primera vez () Renovación ()

Nº	Requisito	si	no	Observación
1	Formulario debidamente lleno			
2	Copia de DUI y NIT del representante legal o persona natural, en caso de extranjero de Pasaporte, o carné de residente.			
3	Copia de NIT de la persona jurídica			
4	Original y copia, para confrontación, de escritura de constitución de sociedad o modificación de ésta.			
5	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de credencial de elección del representante legal vigente. En caso que el propietario o representante legal delegue a otra persona para realizar el trámite, debe presentar Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada del poder o autorización autenticada por notario según sea el caso, más copia del DUI y NIT del apoderado o autorizado.			
6	Listado de productos de alimentos que transportará			
7	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de matrícula marítima			
8	Copia de resolución de permiso vencido.			
9	Certificado de salud de los trabajadores que incluya examen general de heces y orina vigentes y otros análisis a criterio del médico que evalúa al manipulador.			

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el Área de permisos sanitarios, los documentos requeridos, por lo que, al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área de permisos

Nombre y firma de propietario, representante legal o
Persona autorizada.

ANEXO 2-F
Región de Salud _____
Área de permisos sanitarios
Hoja de control de requisitos de solicitud para establecimientos agroindustriales
 (Procesadoras de caña de azúcar, beneficios para procesar café, recibideros de café)

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Tipo de permiso: _____ Primera vez () Renovación ()

Nº	Requisito	si	no	Observación
1	Formulario debidamente lleno			
2	Copia Certificada de balance contable			
3	Copia de Permiso vencido o por vencerse (aplica si es renovación)			
4	Copia de DUI del Representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carnet de residente)			
5	Copia de NIT de empresa o persona natural.			
6	Original y fotocopia, para confrontación, o copia certificada de escritura constitución de sociedad.			
7	Original y fotocopia, para confrontación, o copia certificada Credencial de Representante Legal			
8	Autorización para la persona que realizará el trámite autenticada por notario u original y copia, para confrontación, o copia certificada copia certificada de poder, más copia DUI y NIT			
9	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de calificación de lugar otorgada por la autoridad competente			
10	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de Permiso Ambiental vigente extendido por MARN (No aplica para recibideros de café)			
11	Programa de control de insectos y roedores. (No aplica para recibideros de café, debe presentar plan de limpieza y chapoda)			
12	Certificados de Salud con exámenes clínicos de heces y orina (No aplica para recibideros de café)			
13	Croquis y Distribución de la planta (cuando aplique)			

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el área de permisos sanitarios, los documentos requeridos, por lo que, al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área de permisos

Nombre y firma de propietario, representante legal o persona autorizada.

ANEXO 2-G
Región de Salud _____
Área de permisos sanitarios

Hoja de control de requisitos de solicitud para establecimientos que manipulan cadáveres (funerarias, cementerios, crematorios y similares)

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Tipo de permiso: Primera vez () Renovación ()

Nº	Requisito	si	no	Observación
1	Formulario debidamente lleno			
2	Descripción detallada de las actividades que se desarrollan. Si no hay servicio de preparación de cadáveres debe presentar una declaración jurada			
3	Copia de permiso vencido o por vencerse (aplica si es renovación)			
4	Fotocopia de DUI del representante legal o persona natural, en caso de persona extranjera carnet de residente			
5	Fotocopia de NIT de la persona jurídica o natural.			
6	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de escritura de constitución de sociedad			
7	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de credencial de representante Legal			
8	Autorización para la persona que realizará el trámite autenticada por notario u original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de poder, más copia DUI y NIT			
9	Solvencia municipal			
10	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de calificación de lugar otorgada por la autoridad competente			
11	Original y Fotocopia, para confrontación, o copia certificada de Permiso Ambiental vigente extendido por MARN			
12	Programa de control de insectos y roedores			
13	Certificados de Salud con exámenes clínicos de heces y orina (cuando aplique)			
14	Autorización o ampliación de funcionamiento otorgado por el Ministerio de Gobernación (Aplica para cementerios)			

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el área de permisos sanitarios, los documentos requeridos, por lo que, al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área de permisos legal o persona autorizada.

Nombre y firma de propietario, representante

ANEXO 2-H
Región de Salud _____
Área de permisos sanitarios

Hoja de control de requisitos de solicitud para establecimientos granjas, mataderos, establos y otras actividades afines (aves, bovinos, porcinos, equinos, caprinos)

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

ESPECIFICAR:

- c. Granja Avícola () cantidad _____ Clase de ave _____ De postura () De engorde ()
d. Granja porcina () cantidad _____
e. Establo () cantidad _____
f. Otro () cantidad _____ especificar clase de animal _____
g. Mataderos: Bovinos () Porcinos () Aves ()

Tipo de permiso:

Primera vez ()

Renovación ()

Nº	Requisito	si	no	Observación
1	Formulario debidamente lleno			
2	Croquis y distribución de la granja, matadero (no tiene que estar a escala)			
3	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de balance contable			
4	Copia de permiso vencido o por vencerse (aplica si es renovación)			
5	Fotocopia de DUI del representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carnet de residente)			
6	Fotocopia de NIT de persona jurídica o persona natural.			
7	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de constitución de sociedad.			
8	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de credencial de representante legal			
	Autorización para la persona que realizará el trámite autenticada por notario o original y copia, para confrontación o copia certificada de poder, más copia DUI y NIT			
9	Solvencia Municipal			
10	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de calificación de lugar otorgada por la autoridad competente			
11	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de Permiso Ambiental vigente extendido por MARN (cuando aplique)			
12	Autorización de instalación y funcionamiento del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) para mataderos de animales, granjas avícolas y porcinas, establos y otras actividades afines.			
13	Certificados de salud con exámenes clínicos de heces y orina (cuando aplique)			
14	Programa de control de insectos y roedores.			

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el área de permisos sanitarios, los documentos requeridos, por lo que, al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área de permisos

Nombre y firma de propietario, representante legal o persona autorizada.

ANEXO 2-I
Región de Salud _____
Área de permisos sanitarios
Hoja de control de requisitos de solicitud para piscinas (públicas, privadas) y balnearios

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Tipo de permiso: Primera vez () Renovación ()

Nº	Requisito	si	no	Observación
1	Formulario debidamente lleno			
4	Fotocopia de DUI del representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carnet de residente)			
5	Fotocopia NIT de persona jurídica o persona natural.			
6	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de escritura de constitución de sociedad.			
7	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de Credencial de Representante Legal			
8	Autorización para la persona que realizará el trámite autenticada por notario u original o copia, para confrontación, o copia certificada de poder, más copia DUI y NIT			
	Permiso del Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Aplica por primera vez)*			
9	Croquis y diseño para identificar las instalaciones sanitarias			
10	Calidad Microbiológica y físico química del agua de piscinas			
11	Sistema de recirculación: Tabla 2 y 3 análisis microbiológico y físico-químico			
12	Abastecimiento de agua superficial: Tabla 4 análisis micro biológico			
13	Plan de control sanitario. Anexo 5 en cual comprende:			
14	I. Control sanitario de las instalaciones			
	II. Mantenimiento de las piscinas			
	III. Monitoreo de Calidad del agua de piscinas			
	IV. Seguridad			
	V. Bioseguridad			
	VI. Reglas de uso interno			

* Acuerdo No. 742 Reglamento Técnico salvadoreño RTS en relación a la vigilancia sanitaria de Piscinas y Balnearios.

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el Área de Permisos Sanitarios, los documentos requeridos, por lo que al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área de permisos
legal o persona autorizada.

Nombre y firma de propietario, representante
legal o persona autorizada.

ANEXO 2-J

Región de Salud _____

Área de permiso sanitarios

Hoja de control de requisitos de solicitud para autorización del permiso de operación de actividades de control de insectos, roedores y otros animales

Fecha: _____

Nombre _____ Propietario () Representante legal ()

Razón social _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Tipo de permiso: Primera vez () Renovación ()

Nº	Requisito	si	no	Observación
1	Formulario debidamente lleno			
2	Fotocopia de DUI y NIT del representante legal o persona natural. En caso de extranjero carné de residente.			
3	Fotocopia de NIT de la empresa o persona natural			
4	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de escritura de constitución de sociedad o modificación de esta.			
5	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de la Credencial de elección del representante legal vigente.			
6	Original y copia, para confrontación, o copia certificada del poder o autorización autenticada por notario, según sea el caso, más copia del DUI y NIT del apoderado o autorizado.			
7	Solvencia municipal, que especifique la dirección del establecimiento, propietario (original y vigente)			
8	Plan de contingencia para prevenir accidentes laborales. (original)			
9	Listado de los aplicadores con nombres según DUI, sexo, edad, nivel educativo y firma, anexando fotocopia certificada de DUI. (Original).			
10	Certificado de buena salud, de cada uno de ellos que incluya la realización de las siguientes pruebas de laboratorio: hemograma, creatinina, transaminasas, acetilcolinesterasa, examen general de orina, de heces y radiografía de tórax. Plazo máximo de quince días de haber sido realizados.			
11	Listado de los nombres de los plaguicidas de uso doméstico y profesional a utilizar. Especificar número de registro del MAG (original)			
12	Original y copia, para confrontación, o copia certificada del Certificado de establecimiento autorizado vigente emitido por el Ministerio de Agricultura y Ganadería, en adelante el MAG.			
13	Original y copia, para confrontación, o copia certificada de la calificación del lugar. (Aplica para permisos tramitados por 1a.Vez).			
14	Original y copia, para confrontación, o copia certificada del permiso ambiental de funcionamiento vigente expedido por MARN. Copia certificada (Aplica para permisos tramitados por 1a.Vez).			
15	Original y copia, para confrontación, o copia certificada del informe de auditoría respectivo, elaborado por técnicos del MARN, mediante el cual se compruebe que el permiso ambiental de funcionamiento otorgado continúa vigente.			
16	Original y copia, para confrontación, o copia certificada del permiso ambiental de importación en aquellos casos que la persona natural o jurídica que realizará la actividad utilice plaguicidas que hayan sido adquiridos en el extranjero.			

17	Original y copia, para confrontación, o copia certificada del contrato de regente con perfil de ingeniero agrónomo o químico.			
----	---	--	--	--

Presenta los documentos completos para la revisión previa al ingreso SI _____ NO _____

ADVERTENCIA: Este documento no constituye permiso alguno ni constancia de trámite, únicamente sirve de comprobante de que se ha presentado a revisión en el Área de Permisos Sanitarios, los documentos requeridos, por lo que, al no cumplir con todos los requisitos solicitados, se hace la devolución respectiva.

Nombre y firma de técnico del área de permisos

Nombre y firma de propietario, representante
legal o persona autorizada.

Borrador Consulta Pública

ANEXO 2-K
HOJA DE CONTROL DE REQUISITOS DE SOLICITUD EMBARCACIONES

PRESENTAR EN FOLDER TAMAÑO CARTA CON FASTER, COMPLETOS, LEGIBLES Y ORDENADOS SEGÚN REQUISITOS SOLICITADOS 1) Formulario debidamente llenado, letra legible, sin borrones o tachaduras. (Es obligatorio proporcionar un número de teléfono fijo y/o correo electrónico)

Tipo de permiso: Primera Vez ()

Renovación ()

N°	REQUISITOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Fotocopia de DUI del representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carné de residencia)			A 150%
2	Fotocopia de NIT de empresa o persona natural			A 150%
3	Fotocopia de constitución de sociedad			
4	Credencial de representante legal			
5	Copia de certificado de Matrícula Marítima			
6	Certificados de salud con exámenes clínicos de heces y orina, en original, de los tripulantes, en caso de embarcaciones que atracan fuera del país, los certificados médicos y los exámenes clínicos deben ser certificados por notario, y en idioma castellano.			
7	Programa de control de insectos y roedores			Que incluya: Detallar los químicos, métodos de aplicación, dosis, plagas a erradicar, Cronograma de visitas por año; firmado y sellado por el responsable de la empresa contratada), Presentar Copia de contrato. Copia del Certificado de aprobación otorgado por el Ministerio de Agricultura (MAG) y MINSAL a la empresa que brindara el servicio
8	Lista de productos que transportan firmado y sellado			

Nota: **EN CASO DE QUE EL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL NO PUEDA HACER EL TRÁMITE DEBERÁ DELEGAR A OTRA PERSONA A TRAVÉS DE: PODER ORIGINAL y copia. FIRMA AUTENTICADA POR NOTARIO EN LA PARTE POSTERIOR DE LA SOLICITUD (ATRÁS) CUALQUIER CONSULTA LLAMAR AL TEL. 2684-3836**

Nombre y firma de técnico del área de permisos

Nombre y firma de propietario, representante legal o persona autorizada.

ANEXO 2-L

Acta de recepción de la solicitud

En la Región de Salud _____ A las
_____ horas _____ minutos del día _____ de
_____ de dos mil _____. Presente en esta oficina el (la) señor(a)
_____, quien se identifica con su Documento
_____ número _____, en su calidad de
_____; se tiene por recibida la petición con la documentación que se adjunta,
para efectos de revisión previo a iniciar trámite de permiso sanitario del establecimiento denominado:
_____, situado en:
_____. En tal sentido se le informa al solicitante que debe
presentarse en el Área de Permisos Sanitarios de la Región, en el plazo de cinco días hábiles, contados
a partir de esta fecha, para la notificación correspondiente a su solicitud.

(Nombre y firma Técnico del Área de permisos sanitarios)

(Nombre y firma del propietario, representante legal o persona autorizada)

ANEXO 2-M
Resolución de admisibilidad

En la Región de Salud _____, _____, a las _____ horas, con _____ minutos del día _____ del mes de _____ de dos mil _____. De acuerdo a la solicitud y documentos adjuntos a la misma y verificando que cumple con los requisitos administrativos, que exigen los instrumentos técnicos jurídicos respectivos, y tomando en consideración el dictamen favorable de la Unidad Jurídica, coordinador de la División de Salud Ambiental de la Región de Salud, RESUELVE:

Admitir la solicitud del señor _____, quien actúa en su calidad de _____ de _____, previa cancelación del mandamiento de pago, y una vez cumplido con este requisito, continúese con el trámite.

Previénese al solicitante, que una vez notificada ésta, tendrá un plazo máximo de treinta días calendario para presentar el recibo de pago del mandamiento correspondiente, so pena de no hacerlo reiniciará el trámite completo.

Notifíquese.

(Nombre y firma del Coordinador del Área de Permisos Sanitarios)

ANEXO 2-N
Resolución de inadmisibilidad

En la Región de Salud _____, _____, a
las _____ horas, con _____ minutos del día _____ del mes de
_____ del año dos mil _____. De acuerdo a la solicitud y documentos adjuntos a
la misma y con base en el dictamen jurídico que en lo pertinente refiere “”” (transcribir el dictamen de la
Unidad _____ Jurídica)_____

_____”””
_____.

En atención a lo antes expuesto el infrascrito Coordinador del Área de Permisos Sanitarios de la
División de Salud Ambiental de la Región de Salud _____ resuelve: declárase inadmisibile la
solicitud de _____.

Notifíquese.

(Nombre y firma del Coordinador del Área de Permisos Sanitarios)

ANEXO 2-O

RESOLUCIÓN DE PREVENCIÓN

En la Región de Salud _____, _____, a las _____ horas, con _____ minutos del día _____ del mes _____ del año de dos mil _____. De acuerdo a la solicitud y documentos adjuntos a la misma y con base en el dictamen jurídico que en lo pertinente refiere “”” (transcribir el dictamen de la Unidad Jurídica)_____

_____”””, por lo que la Unidad Jurídica es de la

opinión que se prevenga al solicitante a fin de que subsane las observaciones antes citadas.

En atención a lo antes expuesto por la Unidad Jurídica, el Coordinador del Área de Permisos Sanitarios de la División de Salud Ambiental de la Región de Salud _____, resuelve: prevengase al solicitante subsane en el plazo de tres a diez días hábiles, de acuerdo a lo complejo de lo prevenido, las observaciones establecidas, caso contrario debe iniciar nuevo trámite.

Notifíquese.

(Nombre y firma del Coordinador del Área de Permisos Sanitarios)

ANEXO 2-P

Acta de notificación de admisión de solicitud

En la Región de Salud _____. A las _____ horas y
_____ minutos del día _____ del mes de _____ del
año dos mil _____. Presente en esta oficina
_____, quien se identifica con su
_____ número _____, en su calidad
de _____, del establecimiento
_____, ubicado en:
_____. Téngase por admitida la solicitud, continúese
con el proceso para la extensión de lo solicitado.

(Nombre y firma del Coordinador o colaborador del Área de Permisos Sanitarios)

ANEXO 2-Q

Acta de notificación de prevención o inadmisibilidad

El infrascrito notificador de _____. A las _____ horas y
_____ minutos del día _____ del mes de _____ del año dos mil
_____, constituido en: _____.
Notifiqué en legal forma a _____ quien es
_____ e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad número
_____, extendido
en _____, explicándole el objeto y efectos del
presente acto de comunicación, manifestó quedar entendido de los mismos y entregándole la
certificación de la resolución que antecede, quien para constancia firma.

(Nombre y firma de la persona notificada)

(Nombre y firma de la persona que notifica)

Anexo 3

MANDAMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO DEL FONDO DE ACTIVIDADES ESPECIALES DEL MINSAL

IV.1. SALUD AMBIENTAL DE LAS REGIONES DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD

Lugar y Fecha:

N°

Nombre de la Sociedad o persona natural: _____

Dirección: _____

CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO \$
1. Autorización o Renovación para instalación y funcionamiento de establecimientos que elaboran, procesan, almacenan, envasan, distribuyen y expenden alimentos y/o bebidas.			
U0031	Menor de \$ 500.00		\$10.00
U032	Entre \$ 500.00 y \$1,000.00		\$20.00
U033	Entre mayor \$1,000.00 y \$5,000.00		\$70.00
U034	Mayores de \$ 5,000.00		\$100.00
U17	Resolución por exhumaciones de cadáveres o restos humanos		\$67.80
U18	Resolución por cremaciones de cadáveres o restos humanos		\$67.80
U19	Resolución por sellados herméticos de cadáveres		\$67.80
U20	Resolución por repatriaciones de cadáveres		\$67.80
U21	Resolución por constancias diversas por permisos sanitarios		\$28.25
U22	Resolución por certificaciones administrativas		\$28.25
U23	Resolución por cambio o ampliación de nombre o de propietario por permisos sanitarios		\$28.25
U24	Resolución por permiso sanitario a las instalaciones físicas donde se estacionan vehículos que transportan desechos bioinfecciosos, cada 3 años.		\$169.50
U25	Resolución por permiso sanitario a las instalaciones físicas donde se tratan desechos bioinfecciosos, cada 3 años.		\$169.50
U26	Autorización sanitaria para el funcionamiento de barcos pesqueros nacionales.		\$152.55
U27	Emisión de Certificado de Sanidad a Bordo (semestral).		\$113.00
U28	Inspección sanitaria de embarcaciones que atraquen en nuestros puertos marítimos.		\$113.00

Para iniciar el proceso del servicio solicitado, el pago debe ser realizado en la Colecturía del Ministerio de Salud, ubicada en las oficinas de la Dirección de Salud Ambiental en el Edificio del Laboratorio Central Dr Max Bloch, sobre la Alameda Roosevelt, frente al parque Cuscatlán, San Miguel y Santa Ana, donde se le emitirá la Factura o Comprobante de Crédito Fiscal, según lo estipulado en el artículo 107 del Código Tributario, favor cancelar preferentemente con cheque certificado o de caja a nombre de la DIRECCION GENERAL DE TESORERIA y en efectivo cualquier cantidad hasta \$ 10,000

HORARIO DE ATENCION EN COLECTURIA: 07:30 A.M. A 03:30 P.M.

Nombre y Firma de Responsable Unidad y/o Región de Salud

SELLO

Acuerdo Ejecutivo N° 11, Diario Oficial , Tomo N°. 430 de fecha 28 de Enero de 2021 N0. 20

ANEXO 3-A
Región de Salud _____
Área de permisos sanitarios

Comprobante de ingreso de formulario para solicitar permiso de instalación y funcionamiento de establecimientos

Tipo del establecimiento:		
Nombre del establecimiento:		
Propietario:		
Dirección del establecimiento:		
Número y código de solicitud	Fecha de recepción	Nombre del establecimiento
PARA CUALQUIER CONSULTA SOBRE SU TRAMITE, LLAMAR AL TELÉFONO		

ANEXO 3-B

Región de Salud _____

Área de permisos sanitarios

Teléfono _____

Comprobante de ingreso de formulario para solicitar permiso sanitario de vehículos que transportan alimentos

Propietario:		
Dirección de permanencia del vehículo:		
Fecha de ingreso:		
Número de solicitud (es) (Código asignado)	n.º De Placa	Nombre del técnico y sello de área de permisos
DEBE PRESENTARSE A LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR (UCSF) A COORDINAR VISITA PARA LA INSPECCIÓN DEL VEHÍCULO CON SUPERVISOR DE SANEAMIENTO AMBIENTAL O INSPECTOR DE SANEAMIENTO. No. DE TELÉFONO DE LA UCSF_____.		

Acta de inspección sanitaria a establecimientos

Lic. Sanitaria _____ Tel. _____

Las deficiencias sanitarias encontradas en su vivienda _____- Establecimiento _____, que se detallan a continuación, deben corregirse en el plazo indicado para cada una de ellas. El día _____ del mes de _____ del año _____, se hará la inspección para constatar su corrección.

Borrador Consulta Pública

Doy por aceptadas las recomendaciones del inspector, y me comprometo a cumplirlas. _____,
_____ de 20 _____

Inspector

ANEXO n.º 4-A
INFORME INTERNO POR INSPECCIÓN

Memorándum n.º _____

Para:

Director Unidad Comunitaria de Salud Familiar

De:

Inspector Técnico de Saneamiento Ambiental

A través de:

Supervisor Local Técnico de Saneamiento Ambiental

Fecha:

En atención a solicitud presentada en el área de permisos sanitarios, por el Sr. (a) _____, () persona natural, () representante legal de sociedad propietaria de _____, ubicado en _____.

Por este medio le informo que el día _____ de _____ de _____ se efectuó inspección sanitaria a dicho establecimiento, presenciando la misma el Sr.(a) _____, con cargo de _____. Durante la inspección sanitaria se evaluó el establecimiento con ficha de inspección sanitaria _____ obteniendo una calificación de _____. Por lo anterior:

() Soy de la opinión que se otorgue el permiso solicitado.

() Existen recomendaciones pendientes de cumplimiento, siendo los numerales correspondientes descritos en hojas de inspección sanitaria, por lo que se le concede un plazo de _____ días hábiles, según visto bueno de esta dirección para poder solventarlas, por lo que se realizará 1ª re inspección sanitaria el día _____ de _____ de _____ para constatar su cumplimiento .

Observaciones

Se anexa:

- A. Memorándum interno No. _____
- B. Hoja de Inspección Sanitaria entregada a propietario el día de la visita.
- C. Hoja de Inspección Sanitaria con observaciones y recomendaciones
- D. Ficha(s) sanitaria(s) _____
- E. Otros (especificar) _____

ANEXO n.º 4-B
INFORME INTERNO POR REINSPECCIÓN.

Memorándum n.º _____

Para: _____

Director Unidad Comunitaria de Salud Familiar

De: _____

Inspector Técnico de Saneamiento Ambiental

A través de: _____

Supervisor Local Técnico de Saneamiento Ambiental

Fecha: _____

En seguimiento al proceso de trámite de permiso sanitario diligenciado en el área de permisos sanitarios, por el Sr.(a) _____ () persona natural, () representante legal de sociedad _____, propietaria de _____, ubicado en: _____ le informo que el día _____ de _____ de _____ se efectuó 1ª () 2ª () re inspección sanitaria a dicho establecimiento, acompañando la misma el Sr. (a) _____, con cargo de _____.

Con el objeto de verificar el cumplimiento de las recomendaciones emanadas a partir de inspección realizada el día _____ de _____ de _____, se evaluó el establecimiento con ficha de inspección _____, obteniendo una calificación de _____, **por lo anterior soy de la opinión que:**

() Se otorgue el permiso solicitado.

() Existen recomendaciones pendientes de cumplimiento, siendo los numerales correspondientes descritos en hojas de inspección sanitaria, por lo que se le concede un plazo de _____ días hábiles, según visto bueno de esta dirección para poder solventarlas, por lo que se realizará 2ª re inspección sanitaria el día _____ de _____ de _____ para constatar su cumplimiento .

() **Se deniegue el permiso solicitado**

Observaciones: _____

Se anexa:

IV. Hoja de inspección sanitaria.

V. _____

ANEXO n.º 4-C
Informe externo por inspección

MEMORANDUM n.º _____

Para:

Director(a) Región de Salud _____

De:

Director UCSF _____

Fecha: _____

En seguimiento al proceso de trámite de permiso sanitario solicitado en el área de permisos sanitarios, por el Sr.(a) _____, () persona natural, () representante legal de sociedad _____, propietaria del establecimiento (Tipo) _____ denominado _____ Ubicado en _____.

Le informo que el día _____ de _____ de _____ se efectuó inspección sanitaria a dicho establecimiento por parte de _____, inspector técnico de saneamiento ambiental (), supervisor de saneamiento ambiental (), presenciando la misma el Sr. (a) _____ con _____ cargo de _____. Evaluando el establecimiento con ficha de inspección sanitaria _____ obteniendo una calificación de _____, siendo que para efectos de otorgar el permiso sanitario dicha norma requiere un mínimo de _____.

Por lo anterior y sobre la base de lo encontrado por el Técnico de Saneamiento Ambiental, esta Dirección es de la Opinión:

() Se le otorgue el permiso solicitado.

() Existen recomendaciones pendientes de cumplimiento, siendo los numerales correspondientes descritos en hojas de inspección sanitaria, por lo que se le concede un plazo de _____ días hábiles, según visto bueno de esta dirección para poder solventarlas, por lo que se realizará 1ª re inspección sanitaria el día _____ de _____ de _____ para constatar su cumplimiento .

Observaciones:

Se anexa:

4. Informe Interno de Saneamiento Ambiental No. _____ y anexos adjuntos (originales)
5. Copia de la solicitud firmada y sellada por el director(a) UCSF
6. Hoja de observaciones y recomendaciones a verificar en visita de control.

ANEXO n.º 4-D
Informe externo por reinspección

Memorándum n.º _____

Para:

Director Región de Salud _____

De:

Director UCSF _____

Fecha:

En seguimiento al proceso de trámite de permiso sanitario solicitado en el área de permisos sanitarios, por el Sr. (a) _____, () persona natural, () representante legal de _____ sociedad _____ propietaria del _____ establecimiento denominado _____
Ubicado en _____

Le informo que el día _____ de _____ de _____ se efectuó 1ª () 2ª () re inspección sanitaria a dicho establecimiento, por parte de _____ inspector técnico de saneamiento ambiental (), supervisor de saneamiento ambiental (), acompañando a la misma el Sr. (a) _____, con cargo de _____.

Con el objetivo de verificar el cumplimiento de las recomendaciones emanadas a partir de inspección realizada el día _____ de _____ de _____, se evaluó el establecimiento con ficha de inspección sanitaria _____, obteniendo una calificación de _____ puntos, constatando que:

() Las recomendaciones han sido cumplidas satisfactoriamente, por lo anterior y sobre la base de lo encontrado por el técnico de saneamiento ambiental, esta dirección es de la opinión se le otorgue el permiso solicitado.

() Existen recomendaciones pendientes de cumplimiento, siendo los numerales correspondientes descritos en hojas de inspección sanitaria. Por lo que se concedió un plazo de _____ días hábiles, para poder solventarlas y se realizará 2ª re inspección sanitaria el día _____ de _____ de _____ para constatar su cumplimiento.

() Se deniegue el permiso solicitado

Observaciones: _____

Se anexa:

1. Informe Interno de Saneamiento Ambiental No. _____ y anexos adjuntos. (Originales)

2. _____

ANEXO n.º 5-A
Observaciones para la UCSF

Ministerio de Salud
Región de Salud _____

Fecha: _____

Con Atención a: Dr. _____
Director de la UCSF

Nombre del establecimiento: _____

Ubicación: _____

Propietario: _____

OBSERVACIÓN

(Nombre del coordinador del área de permisos sanitarios)

(firma y sello)

(Espacio para informar al área de permisos sanitarios)

(Nombre, firma y sello del supervisor de Saneamiento Ambiental)

(firma de Vo. Bo. Director UCSF)

ANEXO 6-A
Resolución para otorgar el permiso

Ministerio de Salud

N° de Expediente_____

N° de Resolución_____

El infrascrito Director de la Región de Salud_____ dependencia del Ministerio de Salud, con base en el artículo _____ del Código de Salud, previos los trámites legales y visto el informe de inspección sanitaria, realizada por el Sr(a) _____, inspector técnico en saneamiento ambiental, procedente de la Dirección de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar _____, por medio del Memorándum No. _____, así como haber tenido a la vista los detalles de la naturaleza de las actividades a realizar descritos en la documentación anexa a la solicitud, esta Dirección RESUELVE: conceder el permiso sanitario al establecimiento (describir el tipo y nombre): _____; propiedad de _____, cuyas instalaciones están ubicadas en: _____.

El permiso se concede bajo las siguientes condiciones:

- a) Dar fiel cumplimiento a los lineamientos sanitarios emanados de esta Dirección en relación con las actividades y compromisos declarados en el proceso de adquisición del presente permiso, e igualmente a los requisitos establecidos en el Código de Salud y demás leyes pertinentes.
- b) Acatar las recomendaciones técnicas y observaciones que reciba del personal de salud ambiental del Ministerio de Salud en caso de detectarse deficiencias sanitarias en el desarrollo de las actividades.
- c) El presente permiso es válido por el término de TRES AÑOS, a partir de esta fecha y tendrá vigencia hasta el día _____ siempre y cuando se mantengan las condiciones higiénicas sanitarias que lo hicieron acreedor, caso contrario será revocado siguiendo el debido proceso.
- d) El presente permiso es estrictamente sanitario, en consecuencia, no autoriza para la realización de ningún tipo de actividad que esté regulada por otras leyes o instituciones.
- e) Se advierte que este permiso es válido únicamente para el establecimiento y lugar que se indica en esta resolución.

Y para los usos legales que convengan al interesado se extiende la presente en la ciudad de _____, a los _____ días, del mes de _____, del año dos mil _____.

(Nombre, firma y sello del Director Regional)

ANEXO 6 B
Resolución denegatoria de permiso

Ministerio de Salud

N° de Expediente _____

N° de Resolución _____

El infrascrito Director(a) de la Región de Salud _____, dependencia del Ministerio de Salud. En atención a solicitud, presentada por Señor(a) _____, propietario(a), o representante legal de la sociedad _____, para obtener el permiso sanitario para el establecimiento:

(Tipo y nombre del establecimiento) _____, ubicado en:

Según Memorándum n.º _____, de fecha _____, procedente de la Dirección de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, mediante el cual, remite informe de _____, realizada por técnico de saneamiento ambiental de dicha UCSE, en el que consta, que no se han cumplido con todas las recomendaciones de fecha _____ de _____ de _____.

Por tanto con base en lo anterior y a opinión de la dirección Local, y esta dirección de conformidad a las facultades legales que le otorga el Código de Salud RESUELVE: denegar el permiso sanitario al establecimiento:

(Tipo y nombre) _____ Ubicado en: _____.

Así mismo, se hace saber que, al no contar con el permiso sanitario del establecimiento, está infringiendo lo establecido el artículo _____ del Código de Salud y demás disposiciones legales pertinentes, lo que constituye infracción sanitaria.

Por lo que se le hace saber que su establecimiento no debe continuar operando hasta obtener el permiso correspondiente, para lo cual podrá presentar una nueva solicitud para trámite de permiso sanitario, toda vez y cuando, cumpla con las recomendaciones y con la normativa anteriormente indicada. Caso contrario se adoptarán las medidas legales y administrativas correspondientes.

Y para los usos legales que convengan al interesado se extiende la presente en la ciudad de _____, a los _____ días, del mes de _____, del año dos mil _____.

(Nombre, firma y sello del Director Regional)

ANEXO 6 C
Ministerio de Salud
Región de Salud _____

N° DE EXP. _____

Resolución de modificación n.º _____

El infrascrito Director de la Región de Salud _____, Ministerio de Salud, con base a lo establecido en el artículo ____ del Código de Salud, previos los trámites legales, y de acuerdo al informe de inspección sanitaria, realizada por el _____, inspector técnico de saneamiento ambiental de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar _____, así como haber tenido a la vista los detalles de la naturaleza de las actividades a realizar descritos en la expediente y solicitud presentada por el Sr(a). _____, en calidad de propietario o Representante Legal de la sociedad _____ donde solicita la modificación en el nombre del propietario (), modificación en el nombre comercial del establecimiento () o ampliación en el tipo de establecimiento (), de la resolución inicial N° _____ emitida el _____ de _____ de _____, y habiéndose cumplido con los requisitos para dicha modificación, esta Dirección **RESUELVE:** Conceder la modificación del permiso sanitario al establecimiento: _____ denominado _____, propiedad de _____, cuyas instalaciones están ubicadas en: _____.

El permiso se concede bajo las siguientes condiciones:

- a) Dar fiel cumplimiento a los lineamientos sanitarios emanados de esta Dirección, en relación con las actividades y compromisos declarados en el proceso de adquisición del presente permiso e igualmente a los requisitos establecidos en el Código de Salud vigente y demás leyes pertinentes.
- b) Acatar las recomendaciones técnicas y observaciones que reciba del personal de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, en caso de detectarse deficiencias sanitarias en el desarrollo de las actividades.
- c) El presente permiso es específicamente sanitario, en consecuencia, no da lugar al incumplimiento de otros que sean exigibles por parte de otras instituciones oficiales, para el funcionamiento de dicho establecimiento.
- d) El presente permiso es válido hasta el día _____ de _____ de _____, siempre y cuando se mantengan las condiciones higiénicas sanitarias que lo hicieron acreedor, caso contrario será revocado siguiendo el debido proceso. Previo a finalizar dicho plazo el interesado deberá iniciar el proceso de renovación en los últimos sesenta días previos a la caducidad de su vigencia.
- e) Se advierte que este permiso es válido únicamente para el establecimiento, propietario y lugar que se indica en esta resolución.
- f) Renovar semestralmente los certificados de salud de todos sus empleados, con los respectivos exámenes clínicos.

Y para los usos legales que convengan al interesado se extiende la presente en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil _____.

F. _____
Director

ANEXO 6-D
CONSTANCIA POR TRÁMITES

Sr(es). _____
Presente(s).

Por medio de la presente HAGO CONSTAR, que _____, Propietario o representante legal de _____ (Nombre y tipo de establecimiento), cuyas instalaciones están ubicadas en: _____; en fecha _____, ingresó la solicitud _____, para la obtención de la autorización o renovación del permiso sanitario del establecimiento antes mencionado, por lo que a la fecha se encuentra en el proceso de trámite. Esta constancia sólo tiene validez por el término de 30 días calendario a partir de su emisión, no tiene validez si presenta tachones, borrones o enmendaduras. Este documento no constituye el permiso sanitario, ni garantía de su otorgamiento.

Y para los efectos que convengan al interesado se extiende la presente, en _____, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil _____.

Coordinador del Área de Permisos Sanitarios