
 <p>Salud Gobierno de la República</p>	<p style="text-align: center;">SECRETARÍA DE SALUD REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO</p> <p style="text-align: center;">REQUISITOS DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS</p>	<p style="text-align: center;">Código DVMNR-063 Primera Versión</p> <p style="text-align: center;">Página 1 de 2</p>
---	---	--

REQUERIMIENTOS GENERALES
1. Presentar solicitud (Original y Copia) con la suma que indique: Se solicita MODIFICACIÓN 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
Modificación por Traspaso de Propiedad (Cambio de Propietario)
1. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo, la copia del carné del abogado debe estar vigente)
2. Documento que acredite el traspaso de propiedad (Escritura de Compraventa debidamente inscrita) (Debidamente autenticada o su original para cotejo)
3. Recibo de pago por el derecho de Modificación.
Modificación de la Denominación o Razón Social del Establecimiento
1. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo, la copia del carné del abogado debe estar vigente)
2. Documento que acredite la modificación de la denominación o razón social (Escritura debidamente inscrita). (Debidamente autenticada o su original para cotejo)
3. Recibo de pago por el derecho de Modificación.
Modificación por Traslado, Remodelación o Reconstrucción
1. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo, la copia del carné del abogado debe estar vigente)
2. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente.
3. Recibo de pago por el derecho de Modificación.
Modificación por Ampliación de Bienes y Servicios
1. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo, la copia del carné del abogado debe estar vigente)
2. Presentación de los Planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del Establecimiento aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente. (área del servicio ampliado)
3. Bienes y servicios que ampliará.
4. Recibo de pago por el derecho de Modificación.
Modificación por Cambio de Director Técnico
1. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo, la copia del carné del abogado debe estar vigente)
2. Fotocopia del carné del profesional que actuará como Director Técnico, cuando proceda. (En caso de Director Técnico, Constancia actualizada por el gremio profesional al que pertenece). (Debidamente autenticada o su original para cotejo)
3. Recibo de pago por el derecho de Modificación.

 Salud Gobierno de la República	<p align="center">SECRETARÍA DE SALUD</p> <p align="center">REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL</p> <p align="center">DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO</p> <p align="center">REQUISITOS DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS</p>	<p align="center">Código DVMNR-063 Primera Versión</p> <hr/> <p align="center">Página 2 de 2</p>
---	--	--

FORMATO DE SOLICITUD

Señor(a)

JEFE(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 el 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 **MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA** por (**especificar el tipo de modificación**) _____ para el establecimiento:

- Nombre del establecimiento.
- Dirección exacta del establecimiento.
- Teléfono y correo electrónico.
- Actividad o actividades a que se dedicará y servicios que brinda (Describir todos los servicios) (si la modificación es por ampliación de viene y servicios, describir los servicios que ampliará).
- 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 General de la Administración Pública; Artículos ... de la Ley de Procedimiento Administrativo; Artículos ... de la Ley de Simplificación Administrativa; Artículos ... del Código de Salud; Artículos ... del Reglamento para el 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 en 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 el trámite de ley en definitiva resolver conforme a lo solicitado, extendiendo la Certificación y Modificación de la Licencia Sanitaria correspondiente.

Tegucigalpa, M.D.C., dd/mm/año

Firma y sello del Profesional Responsable