
	<p align="center"><b>SECRETARÍA DE SALUD</b>  <b>REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL</b>  <b>DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO</b></p> <p align="center">REQUISITOS DE LICENCIA SANITARIA (NUEVA O RENOVACIÓN) PARA  ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS</p>	<b>Código</b> <b>DVMNR-062</b> Primera Versión
		Página 1 de 2

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

 <p><b>Salud</b> Gobierno de la República</p>	<p align="center"><b>SECRETARÍA DE SALUD</b>  <b>REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL</b>  <b>DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO</b></p> <p align="center">REQUISITOS DE LICENCIA SANITARIA (NUEVA O RENOVACIÓN) PARA  ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS</p>	<p align="center"><b>Código</b>  <b>DVMNR-062</b>  Primera Versión</p> <hr/> <p align="center">Página 2 de 2</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FORMATO DE SOLICITUD
<p>Señor(a)  <b>JEFE(A) REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL</b>  Presente</p> <p>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 (<i>en el caso de renovación si es el mismo apoderado legal o representante legal y consta en el expediente general no lo presentará</i>). Con el respeto acostumbrado comparezco ante usted, solicitando se autorice la <b>LICENCIA SANITARIA NUEVA</b> o la <b>RENOVACIÓN DE LICENCIA SANITARIA</b> para el establecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del establecimiento.</li> <li>• Dirección exacta del establecimiento.</li> <li>• Teléfono y correo electrónico.</li> <li>• Actividad o actividades a que se dedicará y servicios que brinda (Describir todos los servicios).</li> <li>• Nombre y generales del propietario o representante legal del establecimiento.</li> <li>• Razón social o denominación de la Sociedad.</li> </ul> <p align="center"><b>FUNDAMENTOS DE DERECHO</b></p> <p>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.</p> <p>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 _____.</p> <p align="center"><b>PETICIÓN</b></p> <p>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 (<u>Licencia Sanitaria Nueva o Renovación de Licencia Sanitaria</u>) correspondiente.</p> <p>Tegucigalpa, M.D.C., dd/mm/año</p> <p>_____  Firma y sello del Profesional Responsable</p>