**“ANEXO 2.**

**FORMULARIO UNIFICADO DE SOLICITUD DE PERMISO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO UNIFICADO DE SOLICITUD DE PERMISO.**  ***(No dejar espacios en blanco, escribir claro en letra imprenta o de molde, sin tachaduras)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL SE SOLICITA PERMISO.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | | TIPO DE PERMISO SOLICITADO: | | | |  | Permiso sanitario de funcionamiento ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Permiso de habilitación ( ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | | MOTIVO DE PRESENTACIÓN: | | | |  | Primera vez ( ) Renovación ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:  (No utilice abreviaturas ni símbolos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | | CÓDIGO CAECR DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) PRINCIPAL(ES): | | | | | | | | **5** | | CÓDIGO(S) CAECR DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) ACCESORIA(S): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **6** | | GRUPO DE RIESGO A ( ) B ( ) C ( ) | | |
| **7** | | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD(ES) PRINCIPAL(ES): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** | | DESCRIPCIÓN DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) ACCESORIA(S): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** | | TELÉFONO(S): | | | | | **10** | | | | FAX: | | | | | | | | | | | **11** | | | APARTADO POSTAL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12** | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | | | | | **13** | | | | HORARIO DE TRABAJO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14** | | **INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA ACTIVIDADES EN ESTABLECIMIENTOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15** | | PROVINCIA: | | | | | | **16** | | | | CANTÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | **17** | | | DISTRITO: | | | | | | | | | | | | |
| **18** | | SEÑAS ESPECIFICAS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **19** | | GEORREFERENCIACION SEGÚN PROYECCION CRTM05 | | | | | | **19a** | | | | Coordenada X (seis dígitos): | | | | | | | | | | | | | | | | **19b** | | | Coordenada Y (siete dígitos): | | | | | | | | | | | | |
| **20** | | ÁREA DEL ESTABLECIMIENTO  (En metros cuadrados): | | | | | | **21** | | | | TOTAL DE PERSONAS USUARIAS | | | | | | | | | | | | | | | | **22** | | | TOTAL DE PERSONAS TRABAJADORAS: | | | | | | | | | | | | |
| **23** | | EN EL ESTABLECIMIENTO SE UTILIZARÁ O EXPENDERÁ:  a. Gas licuado de petróleo (GLP) Sí ( ) No ( ) b. Gas Natural Licuado (GNL) Sí ( ) No ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **24** | | **INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA ACTIVIDADES EN UNIDADES MÓVILES DE SERVICIOS DE SALUD:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **25** | | TIPO: Vehículo ( ) Remolque ( ) | | | | | | **26** | | | | DESPLAZAMIENTO: Terrestre ( | | | | | | | | | | | | | | ) | | Acuático ( ) Aéreo ( ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **27** | | PLACA: | **28** | MARCA: | | | | | | | | | | | | | **29** | | | MODELO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **30** | AÑO: |
| **B. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **31** | | NOMBRE DEL SOLICITANTE (Persona física o razón social): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **32** | | | | No. DE IDENTIFICACIÓN: | | | | |
| **33** | | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Solo en caso de persona jurídica): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **34** | | | | No. DE IDENTIFICACIÓN: | | | | |
| **35** | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **36** | | | | | | | TELÉFONO(S): | | | | | | | | | | |
| **37** | | APARTADO POSTAL: | | | **38** | FAX: | | | | | | | | | | | **39** | | | MEDIO DE NOTIFICACIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **40** | | FIRMA DEL SOLICITANTE O DE SU PRESENTANTE LEGAL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **41** | | | AUTENTICACIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. INFORMACIÓN DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO O UNIDAD MÓVIL DE SERVICIOS**  **DE SALUD.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **42** | NOMBRE DEL PROPIETARIO (Persona física o razón social): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **43** | | | | No. DE IDENTIFICACIÓN: | | | | | |
| **44** | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Solo en caso de persona jurídica): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **45** | | | | No. DE IDENTIFICACIÓN: | | | | | |
| **46** | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **47** | | | APARTADO POSTAL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **48** | TELÉFONO: | | | | **49** | FAX: | | | | | | | | | | **50** | | | MEDIO DE NOTIFICACIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL CASO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **51** | NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **52** | No. DE IDENTIFICACIÓN: | | | | | | | | | | | | | **53** | PROFESIÓN: | | | | | | | | | | | | | | **54** | | | CÓDIGO PROFESIONAL: | | | | | | | | | | | |
| **55** | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **56** | | | APARTADO POSTAL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **57** | TELÉFONO: | | | | **58** | FAX: | | | | | | | | | | **59** | | | MEDIO DE NOTIFICACIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E. PARA USO EXCLUSIVO DEL MINISTERIO DE SALUD.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **60** | CÓDIGO CIIU.4 VERIFICADO  Actividad Principal: | | | | | | | | **61** | | | | CÓDIGO(S) CIIU.4 VERIFICADO  Actividad(es) Accesoria(s): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **62** | | | | GRUPO DE RIESGO A ( ) B ( ) C ( ) | | | |
| **63** | REQUISITOS DE LA SOLICITUD: La solicitud cumple con todos los requisitos dispuestos en el reglamento vigente para el tipo de permiso solicitado: SÍ ( ) NO ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **64** | Nº DE SOLICITUD: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **67** | | | SELLO: | | | | | | |  | | |  | | | |
| **65** | FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **66** | FECHA Y HORA DE RECIBIDO DE SOLICITUD: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **F. USO EXCLUSIVO PARA SOLICITUDES DEL PERMISO POR PRIMERA VEZ PARA TODAS LAS ACTIVIDADES Y SOLICITUDES DE RENOVACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL GRUPO C.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El presente formulario con la debida firma del funcionario que recibe la solicitud y sello de la DARS constituirá el certificado del permiso.** | | | **PERMISO DEL MINISTERIO DE SALUD**  **No.**  **FECHA: / /**  **Tiene validez de año(s). SELLO**  **Fecha vencimiento: / /**  **Funcionario que aprueba la solicitud: Firma:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR FORMULARIO DE SOLICITUD DE PERMISO.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM** | **EXPLICACIÓN** |
| **1** | Marcar con una “X” la casilla correspondiente:   * **Permiso sanitario de funcionamiento:** para actividades industriales, comerciales y de servicios. * **Permiso de habilitación:** para servicios de salud. |
| **2** | Marcar con una “X” la casilla correspondiente:   * **Por primera vez:** Aplica para actividades que nunca han tenido permiso anteriormente, o que tenían permiso y se venció antes de su renovación. * **Renovación:** aplica para las actividades que cuentan actualmente con un permiso vigente y está próximo a su vencimiento. |
| **3** | Anotar claramente el nombre del establecimiento para la cual solicita el permiso, el nombre que se consigne en este espacio será el que aparezca en el certificado del permiso. **No corresponde al nombre de la razón social. No utilizar abreviaturas ni símbolos.** |
| **4** | Anotar el número de código CIIU de la o las actividades principales, utilizando como referencia la Clasificación de Actividades Económicas de Costa Rica (CAECR) el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, que está disponible en el sitio web [www.ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr/). En caso de dudas debe consultar en la DARS correspondiente. En el  caso se las solicitudes de permiso de habilitación solamente se permite consignar **una** actividad principal. |
| **5** | Anotar el número de código CIIU de la o las actividades accesorias, utilizando como referencia la Clasificación de Actividades Económicas de Costa Rica (CAECR) el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, que está disponible en el sitio web [www.ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr/). En caso de dudas debe consultar en la DARS correspondiente. En el  caso se las solicitudes de permiso habilitación solamente se **NO** pueden consignar actividades accesorias. |
| **6** | Marcar con una “x” la Casilla del grupo de riesgo al que pertenece la **actividad principal**. |
| **7, 8** | 1. Mencione de forma breve las actividades que se desarrollarán, de ser necesario puede utilizar hojas  adicionales. |
| **9, 10, 11, 12** | Anote claramente los datos de contacto que apliquen para la actividad. |
| **13** | Anotar la hora de inicio y cierre de trabajo en el establecimiento. En caso de funcionamiento ininterrumpido  indique 24h/7d. |
| **14** | Los datos de esta sección se deben llenar solo para las solicitudes de establecimientos, en caso de no ser así  indique “N/A” en cada una de las casillas. |
| **15, 16, 17, 18** | Anote de acuerdo con la división territorial vigente, el **nombre** de la provincia, cantón y distrito donde se ubica el establecimiento. **NO UTILICE CÓDIGOS, NI NÚMEROS, NI ABREVIATURAS, NI PALABRAS COMO CENTRAL,**  **PRIMERO, SEGUNDO, ETC.** Seguido anotar claramente la dirección del establecimiento, señalando calles, avenidas, nombre del barrio y cualquier otra seña que permita ubicar correctamente el establecimiento. |
| **19** | La **CRTM05** (Proyección Transversal de Mercator) es la proyección oficial para Costa Rica. En la “Coordenada X” o “Longitud Oeste”, **se debe ingresar un total de seis dígitos** y la “Coordenada Y” o “Latitud Norte”, **se debe ingresar un total de siete dígitos.** Estas mediciones se pueden hacer directamente si se cuenta con el equipo correspondiente, caso contrario se debe hacer la conversión respectiva; se debe consultar la página web:  <https://www.snitcr.go.cr/>y utilizar la herramienta de conversión. |
| **20** | Anotar el tamaño en metros cuadrados del establecimiento. |
| **21** | Indicar el número de personas que asisten al establecimiento en calidad de usuarios (aplica en caso de sitios de reunión pública o cualquier otro establecimiento donde acudan personas para recibir un servicio). No incluye los  trabajadores |
| **22** | Anotar el número total de personas trabajadoras que laboran al mismo tiempo en el establecimiento. |
| **23** | Indicar si en el establecimiento se utilizará o expenderá cualquiera de las sustancias mencionadas. |
| **24** | Los datos de esta sección se deben llenar solo para las solicitudes de unidades móviles de servicios de salud, en  caso de no ser así indique “N/A” en cada una de las casillas. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÍTEM** | **EXPLICACIÓN** |
| **25, 26, 27, 28,**  **29, 30** | Indique los datos que permitan identificar al vehículo. |
| **31** | Anotar el nombre completo de la persona física o razón social (persona jurídica) que solicita el permiso. |
| **32** | En caso de personas físicas, anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carne provisional de permiso laboral categoría especial del solicitante.  En caso de una persona jurídica, anotar el número de cédula jurídica. |
| **33** | Anotar el nombre completo de la persona física que sea el representante legal, solamente aplica en los casos que  el solicitante sea una persona jurídica. |
| **34** | Anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carne provisional de  permiso laboral categoría especial del representante legal. |
| **35, 36, 37, 38** | Anote claramente los datos de contacto que apliquen para el solicitante o su representante legal. |
| **39** | Indique cual es el medio elegido para ser notificado de cualquier acto administrativo: correo electrónico,  teléfono, apartado postal, fax o en el establecimiento. |
| **40, 41** | En este espacio se debe consignar la firma de persona física o jurídica de la persona interesada en desarrollar la actividad. En caso de que no sea el solicitante o su representante legal quien presente la solicitud, esta firma debe  ser autenticada por un abogado. |
| **42** | Anotar el nombre completo de la persona física o razón social (persona jurídica) que sea el propietario del  establecimiento o unidad móvil de servicios de salud para la que se solicita el permiso. |
| **43** | En caso de que el propietario sea una persona física, anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carne provisional de permiso laboral categoría especial del solicitante.  En caso de una persona jurídica, anotar el número de cédula jurídica. |
| **44** | Anotar el nombre completo de la persona física que sea el representante legal, solamente aplica en los casos que  el propietario sea una persona jurídica. |
| **45** | Anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carne provisional de  permiso laboral categoría especial del representante legal. |
| **46, 47, 48, 49** | Anote claramente los datos de contacto que apliquen para el propietario o su representante legal. |
| **50** | Indique cual es el medio elegido para ser notificado de cualquier acto administrativo: correo electrónico, teléfono,  apartado postal, fax o en el establecimiento. |
| **51** | Anotar el nombre completo de la persona física que asumirá la responsabilidad del desarrollo y coordinación de  las labores asistenciales en el servicio de salud. |
| **52** | Anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carne provisional de  permiso laboral categoría especial del responsable técnico del servicio de salud. |
| **53, 54** | Anotar la profesión que ejercer el responsable técnico en el servicio de salud y el código asignado por el colegio  profesional respectivo. |
| **55, 56, 57, 58** | Anote claramente los datos de contacto que apliquen para el responsable técnico del servicio de salud. |
| **59** | Indique cual es el medio elegido para ser notificado de cualquier acto administrativo: correo electrónico, teléfono,  apartado postal, fax o en el establecimiento. |
| **60, 61, 62, 63,**  **64, 65, 66, 67** | Casillas de **uso exclusivo** para el funcionario del Ministerio de Salud que recibe el trámite” |