

Oficio No. 471-DGVMN-SS-2022

11 de julio de 2022

Licenciado

**Cesar Steven Dávila Maradiaga**

Jefe Unidad de Transparencia

Su oficina

Estimado licenciado Dávila:

En atención a su oficio No. 666-UT-2022 de fecha 7 de julio de 2022 y recibido a través del correo electrónico de esta Dirección el 8 de julio de 2022, referente a proporcionar información correspondiente al mes de junio 2018 y cuadro actualizado con los servicios que presta la Secretaría de Salud a través de esta Dirección. Con base a lo anterior se adjunta lo solicitado, así como los documentos soporte.

Agradeciendo su amable atención, con muestras de consideración y estima.

Atentamente,

  
**Dra. Iris Soveida Padilla Durón**  
Directora General de Vigilancia del Marco Normativo



 Archivo

**SERVICIOS PÚBLICOS QUE PRESTA LA SESAL A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO**

SERVICIOS PRESTADOS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASA Y DERECHOS	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
<b>Licencia Sanitaria a Establecimientos Proveedores de servicios de Salud y otros.</b>	Es la autorización para que un establecimiento donde se realizan actividades de prestación de servicios dirigidas fundamentalmente a la prevención, curación, diagnóstico y rehabilitación de la salud y otros que defina la autoridad de salud, así como toda persona natural y jurídica que brinde un servicio similar o afín a la salud de la población, una vez que se cumpla con todos los requisitos técnicos, legales y administrativos respectivos.	<b>Acuerdo No. 1578-2019, 5 de junio del 2019</b> Acuerdo transitorio cuotas de recuperación para otorgar o denegar licencia sanitaria a establecimientos proveedores de servicios de salud y otros públicos y privados, así como autorizaciones sobre procesos de atención en salud, salud ambiental, salud ocupacional, personal de salud y otras definidas por la autoridad de salud.	1.- Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud y Otros. 2.- Ingreso y tramitación de la Documentación. 3.- Revisión Evaluación técnica y jurídica de la documentación y emisión de Providencia. 4.- Inspección, Orden y Acta de Inspección. 5.-Informe Técnico 6. Dictamen Legal 7. Propuesta de Resolución, Certificación y Licencia Sanitaria. 8.- Firma y Resolución de Certificación. 9.- Notificación de resolución y entrega de Certificación y licencia Sanitaria. 10.-Certificado y Licencia Sanitaria. 11.- Entrega al solicitante en la Unidad de Atención al Cliente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Licencia Sanitaria Nueva</b></li> <li>• <b>Licencia Sanitaria Renovación</b></li> <li>• <b>Licencia Sanitaria Modificación</b></li> </ul>	FOR-042 Solicitud de Licencia Sanitaria a (LS) Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud, Adjunto requisitos. FOR- 043-1 Lista de Chequeo Requisitos LS nueva FOR-043-2 lista de Chequeo Requisitos LS Renovación FOR-043-3 Lista de Chequeo requisitos Modificación FOR-044 Providencia Recibido FOR-045 Notificación Clave Web FOR-047 Revisión y Evaluación Técnica FOR-048 Notificación de Providencia FOR-049 Providencia Requerimiento FOR-050 Providencia Ordenado FOR-051 Providencia Cúmplase FOR-052 Portada Licencia Sanitaria a Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud ( EPSSO) FOR-053 Orden de Inspección FOR-054 Acta de Inspección FOR-055 Informe Técnico FOR-056 Dictamen Legal FOR-057 Resolución

					<p>FOR-058 Certificado FOR-059 Licencia Sanitaria FOR-Instrumentos de inspección sanitaria para establecimientos de Salud FOR-129 Portada de Licencia. FOR-182 Vigilancia en la toma y procesamiento de muestras de detección y diagnóstico de Sars-Cov-2 : Laboratorio de Análisis Clínico FOR-185 Providencia de Admisión LSEPSSO Nueva-Renovación-Cambio</p>
<p><b>Certificación a Gestores Prestadores /Administradores de Servicios de Salud</b></p>	<p><b>Certificación de Gestores Prestadores/Administradores de Servicios de Salud:</b> Procedimiento mediante el cual la instancia especializada asignada para tal fin de la Secretaría de Salud, otorga garantía escrita cuando una organización cumple los requisitos establecidos en el reglamento y la guía.</p> <p><b>Gestores Administradores:</b> Son organizaciones que pueden ser públicas, mixtas, privadas con o sin fines de lucro, comunitarias, religiosas o solidarias que administran servicios de salud para la Secretaría de Salud.</p> <p><b>Gestores Prestadores:</b> Son organizaciones que pueden</p>	<p>Acuerdo 3022-2019, 11 de Septiembre</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cliente presenta Solicitud.</li> <li>2. Recepción de solicitud y documentos. Providencia de recibido.</li> <li>3.-Recepción de documentos y convocatoria a equipo.</li> <li>4.Evaluación.</li> <li>5. Previa Técnica</li> <li>6. Providencia de admisión y notificación.</li> <li>7. Informe Técnico</li> <li>8. Emisión del Dictamen Legal, Resolución y Certificación de la Resolución.</li> <li>9. Certificado GPASS.</li> <li>10. Aprobación y firma de Resolución, Certificación de la resolución y Certificado del Gestor Prestador/Administrador de Servicios de Salud.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Certificación Gestores Nueva</b></li> <li>• <b>Certificación Gestores Renovación</b></li> <li>• <b>Certificación Gestores Modificación</b></li> </ul>	<p>FOR-145 Solicitud de Certificación FOR-147 Declaración Jurada FOR-186 Declaración Jurada Domiciliar FOR-154-1 al 154-4 auto evaluación FOR –146 Lista de chequeo Certificación Gestores FOR-148 Previa Técnica FOR-149 Providencia de Admisión FOR-150 Providencia de requerimiento FOR-151 Providencia de admisión electrónica FOR-152 Providencia estese a lo ordenado FOR-153 Providencia de cúmplase FOR-154 Informe Técnico FOR-154-1 Evaluación Legal y Administrativa FOR-154-2</p>

	<p>ser públicas, mixtas, privadas con o sin fines de lucro, comunitarias religiosas o solidarias que ponen a disposición de la Secretaría de Salud sus propios establecimientos de salud para prestar servicios de salud.</p> <p><b>Certificación de Gestores Prestadores/Administradores de Servicios de Salud:</b> Procedimiento mediante el cual la instancia especializada asignada para tal fin de la Secretaría de Salud, otorga garantía escrita cuando una organización cumple los requisitos establecidos en el reglamento y la guía.</p>		<p>11. Notificación de Resolución y entrega Certificación de Resolución y Certificado. de Gestores Original 12 Archivo del Expediente.</p>		<p>Evaluación Organización y Funcionamiento FOR-154-3 Evaluación Patrimonial y Financiera FOR-154-4 Experiencia técnica FOR-155 Dictamen Legal FOR- 156 Resolución FOR-157 Certificación de Resolución FOR-158 Certificación de Gestor (Papel de Seguridad)</p>
<p><b>Autorización de Exhumaciones Inhumación y Traslado de Cadáver y Restos Humanos</b></p>	<p>Otorgar o denegar Autorización para la Exhumación e Inhumación, Traslado Nacional e Internacional de Cadáver restos humanos o Cenizas, con el fin de optimizar la eficacia y estandarizar las actividades para dar una respuesta satisfactoria y oportuna al cliente mejorando la protección de la salud a la población en general.</p> <p><b>Exhumar:</b> Desenterrar o extraer un cadáver sepultado.</p>	<p><b>Acuerdo No. 1578-2019 5 de junio del 2019</b> Acuerdo transitorio cuotas de recuperación para otorgar o denegar licencia sanitaria a establecimientos proveedores de servicios de salud y otros públicos y privados, así como autorizaciones sobre procesos de atención en salud, salud ambiental, salud ocupacional personal de salud y otras</p>	<p>1.- Solicitud de Autorización de Exhumación, Inhumación y Traslado de Cadáver, Restos Humanos o Cenizas. 2.- Admisión de Solicitud. 3.- Revisión y evaluación jurídica de la documentación y emisión de dictamen legal. 4.-Propuesta de Resolución y Certificación de Autorización de Autorización de Exhumación e Inhumación y/o Traslado de cadáver o Ceniza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exhumación Traslado e Inhumación Nacional de Cadáver, Restos Humanos o Cenizas</b></li> <li>• <b>Exhumación Traslado Internacional de Cadáver</b></li> <li>• <b>Exhumación Traslado Internacional de Cenizas</b></li> </ul>	<p>FOR-159 Solicitud Autorización FOR- 160 Lista de chequeo nacional FOR- 161 Lista de Chequeo internacional cadáver FOR-162 Lista chequeo internacional Cenizas FOR- 164 Prov. Admisión Nacional. FOR-168 Providencia. Admisión Judicial FOR-172 Providencia Admisión Internacional. Cadáver FOR-176 Providencia Admisión Internacional Cenizas</p>

	<b>Inhumar:</b> Sepultar o enterrar un cadáver o restos humanos.	definidas por la autoridad de salud.	5.- Firma de Resolución y Certificación de Autorización. 6.- Notificación de resolución y entrega de Certificación y autorización de exhumación, Inhumación y/o traslado de cadáver, restos humanos o cenizas. 7.-Entrega de Certificado de Autorización al solicitante en la Unidad de Atención al Cliente 8.- Archivo del expediente.		FOR-163 Providencia de Requerimiento FOR-165 Dictamen Nacional FOR-169 Dictamen Judicial FOR-173 Dictamen Internacional Cadáver FOR-177 Dictamen Internacional Cenizas FOR-180 Providencia de Remisión FOR-166 Resolución Nacional. FOR-170 Resolución Judicial FOR-174 Resolución Internacional Cadáver FOR-178 Resolución Internacional Cenizas FOR-167 Certificación Nacional FOR-171 Certificación Orden Judicial FOR-175 Certificación Internacional. Cadáver FOR-179 Certificación Internacional. Cenizas
<b>Autorización de Brigadas Medicas</b>	Autorización para que una institución o cooperante puedan brindar médica se compone de voluntarios, profesionales médicos y personal auxiliar que prestan atención primaria de salud a las en zona urbanas y rurales. El grupo funciona en hospitales o como una unidad médica móvil, estableciendo pequeñas clínicas para diagnosticar y tratar a los pacientes sin costo alguno para ellos.	Acuerdo No. 1578-2019 5 de junio del 2019 Acuerdo transitorio cuotas de recuperación para otorgar o denegar licencia sanitaria a establecimientos proveedores de servicios de salud y otros públicos y privados, así como autorizaciones sobre procesos de atención en salud, salud	1.-Recepciona Solicitud de Autorización de Brigada Médica y verifica requisitos. 2.- Depto. de Licenciamiento de establecimientos Proveedores de Servicios de salud y Otros - Evaluación de Requisitos. 3- Informe Técnico emitido o denegado. 5.-Aprobación o No aceptación de Solicitud de Brigada Medica.	<b>Autorización Brigada Medica</b>	FOR- Solicitud Brigada Medica FOR- Lista de Chequeo Requisitos para Autorización de Brigada Medica FOR- Informe técnico Especial FOR- Autorización Especial

		ambiental, salud ocupacional personal de salud y otras definidas por la autoridad de salud.	6.- Entrega en UAC al solicitante.		
<b>Autorización de Protocolos de Investigación</b>	Es un estudio sistemático, que sigue en unas todas las pautas del método científico en seres humanos voluntarios, realizado con medicamentos y/o especialidades medicinales. Tiene como objetivo descubrir o verificar los efectos y/o identificar las reacciones adversas del producto de investigación y/o estudiar la farmacocinética de los principios activos, con el objetivo de establecer su eficacia y seguridad.	Acuerdo No. 1578-2019, 5 de junio del 2019 Acuerdo transitorio cuotas de recuperación para otorgar o denegar licencia sanitaria a establecimientos proveedores de servicios de salud y otros públicos y privados, así como autorizaciones sobre procesos de atención en salud, salud ambiental, salud ocupacional personal de salud y otras definidas por la autoridad de salud.	1.-Recepciona Solicitud de Autorización de Estudios Clínicos (Ensayos Clínicos) y Muestras para Estudios Clínicos. 2.- Depto. de Atención en Salud a las Personas - Evaluación de Requisitos. 3.- Presentación por Investigador en el país del Estudio ante comité de Ética. 4.- Informe Técnico emitido por Comité de Ética que autoriza o deniega. 5.- Aprobación o No aceptación de Solicitud de Estudio Clínico por Dirección General, 6. Entrega al Solicitante en la Unidad de Atención al Cliente.	<b>Autorización de Estudios Clínicos (Ensayos clínicos) y Muestras para estudios Clínicos)</b>	FOR-Solicitud de Autorización de Estudios Clínicos (Ensayos clínicos) y Muestras para estudios Clínicos)  FOR- Lista de chequeo de requisitos  FOR-Informe Técnico  FOR- Autorización Especial

## **REQUISITOS PARA SOLICITAR UNA AUTORIZACION DE BRIGADA MEDICA**

- Solicitud dirigida a la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo.
- Pago de L. 200.00 depositados en la cuenta 10111005428.
- Hoja de vida del personal médico que atenderá consultas.
- Carne o pasaporte en caso de ser extranjero el personal médico que atenderá las consultas.
- Copia de título del Director de la brigada.
- constancia de solvencia del colegio al que pertenezca el Director de la brigada.
- Copia del carne del director de la brigada.

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA GESTORES PRESTADORES/ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD**  
**Nueva-Renovación-Modificación**

Señor (a)  
**Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo**  
Presente

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, estado civil \_\_\_\_\_, hondureño, (Abogado (a) o representante legal) con Identidad No. \_\_\_\_\_ Número de Colegiación \_\_\_\_\_, actuando en mi condición de (apoderado legal o representante legal), tal como lo acredito con la fotocopia del poder que acompaño debidamente autenticado o su original para cotejo, (en el caso de renovación o modificación si es el mismo apoderado legal o representante y consta en el expediente general no lo presentara) con el respeto acostumbrado comparezco ante usted, solicitando se autorice la Certificación de Gestores Prestadores/Administradores de Servicios de Salud Nueva  Renovación  Modificación

- Nombre y generales del representante legal de la organización y del apoderado legal.
- Razón social o denominación de la organización.
- Dirección exacta incluyendo teléfono, fax, correo electrónico de la organización y del representante legal.
- Especificar el nivel de atención o servicios que ofertara o gestionara.
- Modalidad de Gestor:
  - Gestor Prestador/Administrador
  - Gestor Prestador
  - Gestor Administrador

**ANEXOS**  
**Nueva**

- ✓ Poder otorgado al profesional del derecho debidamente autenticado u original para cotejo.
- ✓ Testimonio de escritura de declaración de comerciante individual o de constitución social, personería jurídica o acta de constitución debidamente inscrita en el Registro correspondiente según normativa nacional autenticada u original para cotejo.
- ✓ Declaración jurada debidamente autenticada de no tener ninguna de las inhabilitaciones legalmente establecidas para contratar con el estado. (art.15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.)
- ✓ Constancia original de la Procuraduría General de la Republica de no tener demandas contra el Estado de Honduras vigente.
- ✓ Recibo de pago por derechos de trámites de servicios de certificación.
- ✓ Poder general de administración debidamente autenticado u original para cotejo.
- ✓ Declaración jurada debidamente autenticada del domicilio del gestor.

- ✓ Condición de la representación legal del gestor.
  - ✓ Constancia original de solvencia o contrato por adhesión emitida por el Servicio de la Administración de Rentas (SAR) vigente.
  - ✓ Constancia original de pago de impuestos municipales vigente.
  - ✓ Constancia original del Instituto Hondureño de Seguridad Social de estar al día en las obligaciones; contrato de seguro médico privado o convenio de asistencia médica según aplique.
  - ✓ Fotocopia de la licencia sanitaria vigente de las unidades de salud que formaran parte de la red de servicios otorgada por la SESAL cuando sea un gestor prestador/administrador
  - ✓ Croquis del domicilio de la organización.
  - ✓ Anexar la autoevaluación con los documentos que acrediten el cumplimiento de los componentes.
- Nota.- La información debe ser presentada en físico en folder debidamente ordenado y foliado y en CD(Digital).

### **Renovación**

- Poder otorgado al profesional del derecho debidamente autenticado u original para cotejo.
- Documentos que acrediten la capacidad patrimonial y gestión financiera del gestor.
- Constancia original de la Procuraduría General de la Republica de no tener demandas contra el Estado de Honduras vigente.
- Constancia original de solvencia o contrato por adhesión emitida por el Servicio de la Administración de Rentas (SAR) vigente.
- Declaración jurada debidamente autenticada de no tener ninguna de las inhabilitaciones legalmente establecidas para contratar con el estado (art. 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado).
- Recibo de pago por derechos de trámites por renovación.
- Nota. - La información debe ser presentada en físico en folder debidamente ordenado y foliado y en CD(Digital).

### **Modificación por Cambio de Razón Social**

- Solicitud de certificación
- Testimonio de escritura de declaración de comerciante individual o de constitución social, personería jurídica o acta de constitución debidamente inscrita en el Registro correspondiente según normativa nacional autenticada u original para cotejo.
- Poder otorgado al profesional de derecho debidamente autenticado u original para cotejo.
- Constancia original de solvencia o contrato por adhesión emitida por el Servicio de la Administración de Rentas (SAR) vigente.

- Declaración Jurada debidamente autenticada de no tener ninguna de las inhabilitaciones legalmente establecidas para contratar con el estado. (art. 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado).
- Constancia original de la Procuraduría General de la Republica de no tener demandas contra el Estado de Honduras vigente.
- Documentos del componente capacidad patrimonial y gestión financiera del gestor.
- Recibo de pago por derecho de trámite de modificación.

### **Modificación por Cambio en la Disminución o Ampliación de Servicios**

- Solicitud de certificación
- Poder otorgado al profesional de derecho debidamente autenticado u original para cotejo.
- Documentos del componente competencia técnica en la gestión.
- Documentos del componente organización y funcionamiento.
- Documentos componente capacidad patrimonial y gestión financiera del gestor.
- Recibo de pago por derecho de trámite de modificación.

Nota. - La información debe ser presentada en físico en folder debidamente ordenado y foliado y en CD(Digital).

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Fundo la presente solicitud en el Artículo... 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 ... Ley de Contratación del Estado; Artículos ... Ley Marco de Protección Social; Artículos ... del Código de Salud; Artículos ... del Reglamento para Certificación de Gestores Prestadores/ Administradores de Servicios de Salud y su reforma; Artículos ... del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencia del Poder Ejecutivo.

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 abogado \_\_\_\_\_ Identidad No. \_\_\_\_\_ Inscrito en el Colegio de Abogados de Honduras con colegiación No. \_\_\_\_\_ Con oficina \_\_\_\_\_ Teléfono No. \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_.

### **PETICIÓN**

Al señor (a) Director (a) General de Vigilancia del Marco Normativo, 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.

Tegucigalpa, M.D.C., dd/mm/año

\_\_\_\_\_  
**Firma y sello Profesional Responsable**

**SE SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA (EXHUMACIÓN, INHUMACIÓN Y TRASLADO NACIONAL E INTERNACIONAL DE CADÁVER, RESTOS HUMANOS O CENIZAS).**

Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, profesión u oficio \_\_\_\_\_, número de colegiación \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_, domicilio profesional \_\_\_\_\_, número de teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_, actuando en mi condición de Apoderado Legal de (persona natural o jurídica ), tal como lo acredito con la carta poder debidamente autenticada, comparezco ante esta Dirección solicitando se autorice (exhumación, inhumación, traslado nacional o internacional de cadáver, restos humanos o cenizas) en base a **los hechos y consideraciones** siguientes :

**PRIMERO:**

**SEGUNDO:**

**TERCERO:**

Fundo la presente solicitud en los artículos (según sea el caso) Constitución de la República, Ley de Procedimiento Administrativo, Código de Salud y su Reglamento, Ley Especial de Cremación.

**PETICIÓN**

Al Señor Director (a) de esta Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo, respetuosamente pido, admitir la presente solicitud con los documentos que se acompañan, tenerme como Apoderado Legal en la presente solicitud de la persona (natural o jurídica), darle el trámite de ley correspondiente y en definitiva que se me extienda la autorización para (exhumación, inhumación, traslado nacional o internacional de cadáver, restos humanos o cenizas)

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del dos mil \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional Responsable

**ADEMÁS, DEBERÁ PRESENTAR LOS REQUERIMIENTOS PARA EXHUMACIÓN TRASLADO E INHUMACIÓN NACIONAL DE CADÁVER, RESTOS HUMANOS O CENIZAS:**

- Solicitud dirigida a la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo, presentada por medio de un Abogado.
- Carta poder, poder otorgado al profesional del Derecho en el acto de presentar la solicitud o escritura pública a favor del apoderado.
- Copia tarjeta de identidad de la persona que otorga confiere poder.
- Certificado acta de nacimiento o identidad, en su defecto pasaporte o copia de carne de residencia del fallecido.
- Certificado de acta de defunción.
- El o la solicitante debe acreditar legalmente el parentesco con el cadáver que van a exhumar, inhumar y trasladar.
- El solicitante deberá acreditar la causa de la muerte. (Constancia de defunción)
- Constancia con dirección exacta que diga donde será sepultado nuevamente el cadáver.
- Autorización judicial de exhumación o traslado otorgado por el juzgado de Letras de lo penal de cada jurisdicción.
- Constancia extendida por la autoridad administrativa del cementerio, que indique el lugar exacto donde se encuentra sepultado el cadáver que será exhumado o trasladado.
- Constancia que garantice que el cadáver ha sido preparado adecuadamente para ser transportado en ataúd herméticamente sellado de acuerdo a las normas técnicas nacionales.
- Pago por Servicio, depositado en la cuenta No.10111005428 de Banco Atlántida.

***Nota. - La información debe ser presentada en folder debidamente ordenado y foliado, Todos los documentos deben ser originales, copia autenticada, o debidamente cotejada.***

**REQUISITOS TRASLADO INTERNACIONAL DE CADÁVER:**

- Solicitud dirigida a la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo, presentada por medio de un Abogado.
- Carta poder, poder otorgado al profesional del Derecho en el acto de presentar la solicitud o escritura pública a favor del apoderado.
- Copia tarjeta de identidad o pasaporte de la persona que confiere poder.
- Certificado acta de nacimiento o identidad, en su defecto pasaporte o copia de carne de residencia del fallecido.
- Certificado de acta de defunción.
- Constancia que garantice que el cadáver ha sido preparado adecuadamente para ser

transportado en ataúd herméticamente sellado de acuerdo a las normas técnicas nacionales e internacionales.

- El solicitante debe acreditar legalmente el parentesco con el cadáver que se va a trasladar.
- Indicar vía aérea, marítima o terrestre.
- Aduana
- Fecha y Hora de salida
- Transbordo si aplica
- No. de vuelo, si aplica
- Nombre de la empresa o persona que trasportará el cadáver.
- Lugar donde llegará.
- Dirección exacta de donde será inhumado.
- Autorización judicial de traslado otorgado por el juzgado de lo penal de cada jurisdicción.
- El solicitante deberá acreditar la causa de la muerte. (Constancia de defunción)
- Pago por servicios *depositado en la cuenta No.10111005428 de Banco Atlántida.*

***Nota. - La información debe ser presentada en folder debidamente ordenado y foliado, todos los documentos deben ser originales, copia autenticada, o debidamente cotejada.***

#### **REQUISITOS EXHUMACIÓN TRASLADO INTERNACIONAL DE CENIZAS**

- Solicitud dirigida a la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo, presentada por medio de un Abogado.
- Carta poder, poder otorgado al profesional del Derecho en el acto de presentar la solicitud o escritura pública a favor del apoderado.
- Copia tarjeta de identidad o pasaporte de la persona que confiere poder.
- Certificado acta de nacimiento o identidad, en su defecto pasaporte o copia de carne de residencia del fallecido.
- Certificado de acta de defunción.
- Constancia que garantice que las cenizas van en urna o recipiente completamente sellado.
- El solicitante debe acreditar legalmente el parentesco con la persona que va a ser trasladada en cenizas.
- Indicar vía aérea, marítima o terrestre.
- Aduana
- Fecha y Hora de salida
- Transbordo si aplica
- No. de vuelo si aplica

- Nombre de la empresa o persona que trasportará las cenizas del cadáver.
- Lugar donde llegarán las cenizas
- Autorización extendida por la Municipalidad de cada jurisdicción para la cremación.
- Autorización judicial de traslado otorgado por el juzgado de lo penal de cada jurisdicción.
- Constancia que acredite la cremación en un establecimiento debidamente autorizado. (Licencia Sanitaria). para dicho servicio.
- Pago por servicios, depositado en la cuenta No.10111005428 de Banco Atlántida.

***Nota. - La información debe ser presentada en folder debidamente ordenado y foliado.  
Todos los documentos deben ser originales, copia autenticada, o debidamente cotejada.***

**OFICIO No. 311-07-2022-DVMN-RSM**

07 de julio de 2022

Licenciado  
**CESAR STEVEN DAVILA**  
Jefe Unidad de Transparencia  
Su Oficina.

Estimado Lic., Dávila:

Reciba un cordial saludo, deseándole el mejor de los éxitos en tan delicadas funciones que tiene a bien dirigir.

Por este medio me dirijo a usted respetuosamente con la finalidad de entregar información pública solicitada en el OFICIO No.649-UT-2022, dando cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Se presenta Registro mensual correspondiente al mes de junio 2022 de Licencias Sanitarias Otorgadas, así mismo declarar que para este mes no hubo solicitud de Autorizaciones, otras.

Sin otro particular; reciba mis muestras de consideración y estima

Atentamente,

*Por Tania Padilla Paz*



**DRA. TANIA PADILLA PAZ**

Jefe Depto. de Vigilancia del Marco Normativo  
Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central



 Archivo

Barrio Morazán, calle hacia el Parque Cerro Juana Lanez, contiguo a CESSCO, frente al Cuartel General del Heroico y Benemérito Cuerpo de Bomberos de Honduras, Tegucigalpa M.D.C., Honduras C.A.

**SE SOLICITA LICENCIA SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS**  
**NUEVA-RENOVACIÓN-MODIFICACIÓN**

**Señor (a)**

**Dirección General De Vigilancia Del Marco Normativo**

**Presente**

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, estado civil \_\_\_\_\_, hondureño Abogado (a) o Representante Legal con Identidad No. \_\_\_\_\_ número de colegiación \_\_\_\_\_, actuando en mi condición de apoderado legal, tal como lo acredito con el poder que acompaño debidamente autenticado o su original para cotejar, (en el caso de renovación si es el mismo apoderado legal o representante legal y consta en el expediente general no lo presentara). Con el respeto acostumbrado comparezco ante usted, solicitando se autorice la Licencia Sanitaria: Nueva ( ) Renovación ( ) Modificación ( ), al establecimiento \_\_\_\_\_

- Actividad o actividades a que se dedicara y servicios que brinda (Describir todos los servicios) \_\_\_\_\_
- Tipo de Modificación (si fuere el caso) \_\_\_\_\_
- Nombre y generales del propietario o representante legal del establecimiento.
- Razón social o denominación de la sociedad.
- Dirección exacta del establecimiento. (Croquis de ubicación del establecimiento, requisito administrativo).
- Teléfono
- Correo Electrónico
- No. RTN del establecimiento (requisito administrativo).
- Solicitud original y copia

Fundo la presente solicitud en el artículo 80 de la Constitución de la República; 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, Establecimiento y Servicios de Interés Sanitario.

**Nota: 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 amplio y suficiente incluso aquellas facultades de expresa mención, como derecho fuere necesario) a la Abogada (o) \_\_\_\_\_ Identidad No. \_\_\_\_\_ inscrita en el Colegio de Abogados de Honduras con Colegiación No. \_\_\_\_\_ con oficina \_\_\_\_\_ Teléfono No. \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_.

Al señor(a) Director(a) General de Vigilancia del Marco Normativo, 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 resolución y licencia sanitaria Nueva ( ) Renovación ( ) Modificación ( ) correspondiente.

Tegucigalpa, M.D.C. dd/mm/año

---

**Firma y sello del profesional responsable**

**Además, deberán presentar para**

**LICENCIA SANITARIA NUEVA ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES  
DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS**

- Poder otorgado al profesional del derecho.
- Fotocopia de la escritura de constitución de la Sociedad o de Comerciante Individual debidamente inscrita en el Registro De La Propiedad Inmueble Mercantil, exceptuando las clínicas odontológicas.
- Fotocopia del carné profesional que actuara como Director Médico (y Representante Legal / Requisito administrativo.)
- Recibo de pago por los servicios de la Licencia Sanitaria: 2 años ( ), 4 años ( ), 6 años ( )
- Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente.

**LICENCIA SANITARIA RENOVACIÓN ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES  
DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS**

- Declaración Jurada autenticada donde manifieste que mantiene las condiciones originales bajo la cual fue otorgado.
- Poder otorgado al profesional del derecho.
- Recibo de pago por el derecho de renovación

**LICENCIA SANITARIA MODIFICACIÓN ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES  
DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS**

**Modificación por traspaso de propiedad (Cambio de propietario)**

- Poder otorgado al profesional del derecho.
- Documento que acredite el traspaso de propiedad (Escritura de Compraventa debidamente inscrita).
- Fotocopia del carné profesional que actuara como Director médico (y representante legal/ Requisito administrativo.)
- Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.
- Croquis.

**Modificación de la denominación o razón social del establecimiento.**

- Poder otorgado al profesional del derecho.
- Documento que acredite la modificación de la denominación o razón social (Escritura debidamente inscrita).
- Fotocopia del carné profesional que actuara como Director médico (y representante legal/ Requisito administrativo)
- Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.

**Modificación por Traslado, Remodelación o Reconstrucción.**

- Poder otorgado al profesional del derecho.
- Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.
- Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobado por la alcaldía municipal correspondiente.

**Modificación Ampliación de Bienes o Servicios**

- Poder otorgado al profesional del derecho.
- Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.
- Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobado por la alcaldía municipal correspondiente.
- Servicios que ampliara.

**REGISTRO LICENCIAS SANITARIAS JUNIO 2022**

No.	Fecha de Emisión de la Licencia Sanitaria	Fecha de Vencimiento de la Licencia Sanitaria	Tipo de Establecimiento según su clasificación	Nombre del Establecimiento	Dirección exacta del Establecimiento	Tipo de trámite Licencia Sanitaria		
						Nueva	Renovación	Modificación
1	27/05/2022	20/02/2024	I	GIMNASIO METAL GYM No.1	COL. KENNEDY		X	
2	27/05/2022	20/02/2024	I	GIMNASIO METAL GYM No.2	COL. KENNEDY		X	
3	18/05/2022	185/05/2026	I	TRANSPORTE DE DESECHOS HOSPITALARIOS	COL. FLOR No. 1	X		
4	23/05/2022	25/05/2028	I	SALA DE BELLEZA GARDEZ WORLD	COL. FLORENCIA	X		
5	17/03/2022	16/03/2028	I	CENTRO EDUC. LICEO FRANCO7CLINICA MEDICA	COL. LAS COLINAS	X		
6	15/12/2021	07/06/2023	I	TRANSPORTE DE AGUA PLACA AAS-3053	JARDINES DE LOARQUE	X		
7	18/05/2022	18/05/2024	I	TRANSPORTE DE AGUA PLACA 4598	ALDEA NUEVA FLORENCIA	X		
8	05/04/2022	04/04/2024	I	MEDICINA 'PREPAGO DE HONDURAS	MALL LAS CASCADA	X		
9	03/05/2022	03/05/2024	I	CLINICA MEDICA COPECO	ALDEA EL OCOTAL	X		
10	03/06/2022	03/06/2024	I	LABORATORIO CLINICO HOSPITAL ADVENTISTA	COL. ALAMEDA	X		
11	15/12/2021	13/12/2023	I	ACADEMIA EUROPEA NOVA CENTRO	CENTRO COMERCIAL NOVACENTERO	X		
12	31/05/2022	31/05/2028	I	SALA DE BELLEZA NOVEDADES	Bo. EL CENTRO	X		
13	30/05/2022	30/05/2024	I	POZO PERFORADO	COL. LOARQUE		X	
14	26/05/2022	07/01/2024	I	TRANSPORTE DE AGUA AAE-6305	COL. 15 DE SEPTIEMBRE	X		

No.	Fecha de Emisión de la Licencia Sanitaria	Fecha de Vencimiento de la Licencia Sanitaria	Tipo de Establecimiento según su clasificación	Nombre del Establecimiento	Dirección exacta del Establecimiento	Tipo de trámite Licencia Sanitaria		
						Nueva	Renovación	Modificación
15	20/05/2022	15/12/2023	I	VETERINARIA ANIMAL PET SHOP	COL. SANTO DOMINGO		X	
16	23/05/2022	23/05/2028	I	OPTICA POPULAR	INT. CITY MALL	X		
17	22/08/2019	14/11/2024	I	TALLER DE AIRE FRIO	COL. PALMIRA	X		
18	15/03/2022	14/03/2024	I	CLINICA MEDICA DEL IHSS	Bo. LA RONDA	X		
19	08/06/2022	09/06/2024	I	SALA DE BELLEZA MOON BEAUTY	BLV. JUAN PABLO	X		
20	01/06/2022	01/06/2026	I	INVERSIONES JEHOVA JIREH	BO. EL CENTRO	X		
21	03/06/2022	03/06/2024	I	MICROSCIE LABORATORIO CLINICO	COL. 15 DE SEPTIEMBRE	X		
22	26/05/2022	26/05/2024	I	CLINICA DENTAL DRA. GABRIELA REYES	BLV. MORAZAN	X		
23	24/05/2022	24/05/2024	I	CLINICA ODONTOLOGICA GR DENT ART	COL. TEPEYAC	X		
24	20/05/2022	17/11/2024	I	GESTEFANY BEAUTY SALON	Bo, LOS DOLORES	X		
25	07/06/2022	07/06/2024	I	SALA DE BELLEZA YELAS BEAUTY SALON	Bo. EL CENTRO	X		
26	07/06/2021	07/06/2023	I	TORRES BARBER SHOP	Bo. EL CENTRO	X		
27	06/06/2022	06/06/2024	I	TRANSPORTE DE AGUA PLACA HAM-0308	Col. KUWAIT	X		
28	08/06/2022	08/06/2024	I	GIMNASIO SMART FIT HONDURAS	MALL CASCADEA	X		
29	08/06/2022	08/06/2026	I	GIMNASIO SMART FIT HONDURAS	EDIFICIO VENTU	X		
30	25/04/2022	25/04/2024	I	TRANSPORTE DE AGUA AF-5615	RAMON AMAYA AMADO	X		



**SECRETARÍA DE SALUD  
REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL  
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO**

INFORME MENSUAL PARA DAR CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Página 3 de 4

No.	<u>Fecha de Emisión de la Licencia Sanitaria</u>	<u>Fecha de Vencimiento de la Licencia Sanitaria</u>	<u>Tipo de Establecimiento según su clasificación</u>	<u>Nombre del Establecimiento</u>	<u>Dirección exacta del Establecimiento</u>	<u>Tipo de trámite Licencia Sanitaria</u>		
						<u>Nueva</u>	<u>Renovación</u>	<u>Modificación</u>
31	06/06/2022	09/06/2024	I	LABORATORIOS CLINICOS VIDA LABA	Col. ALAMEDA	X		
32	14/06/2022	14/06/2028	I	LABORATORIO CENTRO DE VIDA	Col. EL CONTADOR	X		
33	09/06/2022	09/06/2024	I	POZO CARRASCO	SANTA ROSA		X	
34	15/06/2022	05/03/2028	I	SALA DE BELLEZA JADE UNISEX	Bo. LA GRANJA	X		
35	22/06/2022	22/06/2024	I	CLINICA MEDICA GENERAL MINISTERIO PUBLICO	EDIFICIO LOMAS	X		
36	14/06/2022	14/06/2024	I	TRANSPORTE DE AGUA TCI-9188	Col. RAMON AMAYA	X		
37	08/06/2022	08/06/2024	I	TRANSPORTE DE AGUA HBE-0825	Col. ULLOA	X		
38	07/06/2022	07/06/2024	I	ESTUDIOS OCHOA	Bo. EL CENTRO	X		

**MATRIZ SERVICIOS PRESTADOS**

<b><u>Servicio Prestado</u></b>	<b><u>Descripción de Servicio</u></b>	<b><u>Tasa y Derechos</u></b>	<b><u>Procedimiento</u></b>	<b><u>Requisitos</u></b>	<b><u>Formatos</u></b>
<b>Licencias Sanitarias Otorgadas</b>	La Licencia Sanitaria es la autorización para que un establecimiento de salud y otros establecimientos en su componente de salud ambiental pueda brindar servicios dirigidos a la prevención, curación, diagnóstico, rehabilitación, reducción o eliminación de los riesgos del ambiente natural o creados por el hombre, promoviendo así condiciones óptimas para la salud, una vez que se cumpla con los requisitos mínimos técnicos, legales y administrativos en base al marco jurídico vigente.	<b>"Acuerdo transitorio cuotas de recuperación para otorgar o denegar licencia sanitaria a establecimientos proveedores de servicios de salud y otros públicos y privados, así como autorizaciones Sobre los procesos de atención en salud, salud ambiental, salud ocupacional y personal de salud y otras definidas por La autoridad de salud".</b> Capítulo III de las cuotas de recuperación por servicios prestados Tabla I y II	<b>Reglamento para el Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimiento de Interés Sanitario</b> Capítulo VII De las Medidas y Actos Administrativos del Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario.	<b>Reglamento para el Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimiento de Interés Sanitario Unidad I</b> De los requisitos para obtener la Licencia Sanitaria Art. 129	<b>FORMATO SOLICITUD LICENCIA SANITARIA ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS Nueva-Renovación-Modificación FORNC-004 V-1</b>

**FORMATO SOLICITUD LICENCIA SANITARIA  
ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS  
Nueva-Renovación-Modificación**

Señor (a)  
**Jefatura Regional**  
Presente

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, estado civil \_\_\_\_\_, hondureño, (*Abogado (a) o representante legal*) con Identidad No. \_\_\_\_\_ Número de Colegiación \_\_\_\_\_, actuando en mi condición de (apoderado legal o representante legal), 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 y consta en el expediente general no lo presentara*). Con el respeto acostumbrado comparezco ante usted, solicitando se autorice la Licencia Sanitaria Nueva  Renovación  Modificación  \_\_\_\_\_ al establecimiento \_\_\_\_\_.

- Actividad o actividades a que se dedicara y servicios que brinda (Describir todos los servicios):
- Tipo de modificación si fuere el caso:
- Nombre y generales del propietario o representante legal del establecimiento:
- Razón social o denominación de la Sociedad:
- Nombre del establecimiento:
- Dirección exacta del establecimiento:
- Teléfono:
- Fax:
- Correo electrónico:
- Actividad o actividades a que se dedicará, servicio o servicios que ofertará:

**ANEXOS**

**Nueva**

- Poder otorgado al profesional del derecho, que reúna las formalidades jurídicas, debidamente autenticado por Notario Público.
- Fotocopia de la Escritura Pública de Constitución de la Sociedad Mercantil o Declaración de Comerciante Individual, debidamente inscrita en el Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil, en ambos casos debidamente autenticada por Notario Público. (*No aplica para Clínicas Odontológicas*)
- 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*).
- Recibo de pago por derecho de trámite de la Licencia Sanitaria. 2 años  4 años  6 años
- Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento aprobado por la alcaldía municipal correspondiente.

**Renovación**

- Declaración Jurada, debe venir autenticada donde manifieste que mantiene las condiciones originales bajo la cual le fue otorgado.
- Poder otorgado al profesional del derecho, que reúna las formalidades jurídicas, debidamente autenticado por Notario Público.
- Recibo de pago por derecho de trámite de la Renovación Licencia Sanitaria.

**Modificación**

- Anexos según modificación
- Recibo de pago por derecho de trámite de la Modificación Licencia Sanitaria.

### 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 Publica; 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, Establecimientos y Servicios 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) a la Abogada (o) \_\_\_\_\_ identidad No. \_\_\_\_\_ inscrita en el colegio de abogados de Honduras con Colegiación No. \_\_\_\_\_ Con oficina \_\_\_\_\_ teléfono No. \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_.

### PETICION

Al señor (a) Jefe (a) Regional, 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 Resolución y Licencia Sanitaria Nueva  , Renovación  o Modificación  correspondiente.

Tegucigalpa, M.D.C., dd/mm/año

\_\_\_\_\_  
**Firma y sello Profesional Responsable**