Oficio No. 849-DGVMN-SS-2023
31 de julio de 2023

Licenciado
Cesar Steven Dávila
Jefe de la Unidad de Transparencia
Su oficina.

Estimado licenciado Dávila:

En atención al **oficio No. 641-UT-2023**, se remite los servicios públicos que brinda esta Dirección a la ciudadanía en general, de acuerdo a nuestro mandato legal.

Atentamente,

DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
DIRECCION
TEGUCIGALPA, M.D.C.

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
Licencia Sanitaria a Establecimien-tos Proveedores de servicios de Salud y otros.	Autorización para que un establecimiento pueda, brindar servicios en salud a la población, una vez que se cumpla con todos los requisitos técnicos y legales.	**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.- 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 UAC.	**Licencia Sanitaria Nueva** Presentar solicitud con la suma indicada: 1. Se solicita Licencia Sanitaria: con los siguientes datos: • Órgano al que se dirige: DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO. • Nombre Y generales del propietario o representante legal del establecimiento y del apoderado legal. • Razón social o denominación de la sociedad. • Nombre del establecimiento. • Dirección exacta del establecimiento (Croquis de ubicación del establecimiento, requisito administrativo). • Teléfono • Correo Electrónico • Actividad o actividades a que se dedicara y servicios que prestan. • Lugar y fecha de la solicitud. • Firma del solicitante. (Presentar original y copia). • No. de RTN de la empresa (Requisito Administrativo). 2. Poder otorgado al profesional del derecho. 3. 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. 4. Fotocopia del carné profesional que actuara como Director médico o representante legal 5. Recibo de pago por los servicios de Licencia Sanitaria 2 () años (), 4 Años (), 6 Años (). 6. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento aprobados por la Alcaldía Municipal correspondiente. 7.Croquis **Licencia Sanitaria Renovación**: 1. Se solicita Licencia Sanitaria: con los siguientes datos: • Órgano al que se dirige: DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO. • Nombre Y generales del propietario o representante legal del establecimiento y del apoderado legal. • Razón social o denominación de la sociedad. • Nombre del establecimiento. • Dirección exacta del establecimiento (Croquis de ubicación del establecimiento) / requisito administrativo. • Teléfono	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

				• Correo Electrónico • Actividad o actividades a que se dedicara o servicios que prestan. • Lugar y fecha de la solicitud. • Firma del solicitante. 2. Declaración Jurada autenticada donde manifieste que mantiene las condiciones originales bajo la cual fue otorgado. 3. Poder otorgado al profesional del derecho 4. Pago por el derecho de renovación. (Presentar original y copia de solicitud) **Licencia Sanitaria Modificación**: 1. Se solicita Licencia Sanitaria a Establecimiento Proveedor de Servicios de salud: con los siguientes datos: • Órgano al que se dirige: DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO. • Nombre y generales del propietario o representante legal del establecimiento y del apoderado legal. • Razón social o denominación de la sociedad. • Nombre del establecimiento. • Dirección exacta del establecimiento (Croquis de la ubicación del establecimiento, requisito administrativo), incluyendo. • Teléfono • Correo Electrónico • Actividad (es) a que se dedicara o Servicio(s) que prestan. • Tipo de modificación que solicita • Lugar y fecha de la solicitud. • Firma del solicitante. (Presentar original y copia). Modificación por traspaso de propiedad (Cambio de propietario) 1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo) 2.- Documento que acredite el traspaso de propiedad (Escritura de Compraventa debidamente inscrita). 3. Fotocopia del carné profesional que actuara como Director médico o representante legal. 4. Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria. 6. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobados por la Alcaldía municipal correspondiente. 7.Croquis **Modificación de la denominación o razón social del establecimiento**. 1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo) 2.- Documento que acredite la modificación de la denominación o razón social (Escritura debidamente inscrita) (Debidamente autenticada o su original para cotejo) 3. Fotocopia del carné profesional que actuara como Director médico o representante legal.	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

				4. Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria. **Modificación por traslado, remodelación o reconstrucción.** 1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo) 2.- Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria. 3. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente. **Ampliación de bienes o servicios** 1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo). 2.- Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria. 3. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente. 4.- Servicios que ampliara.	
Certificación a Gestores Prestadores /Administradores de Servicios de Salud	**Certificación de Gestores Prestadores/Administradores de Servicios de Salud**: 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. **Gestores Administradores**: 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. **Gestores Prestadores**: Son organizaciones que pueden ser públicas, mixtas, privadas con o sin fines de lucro, comunitarias	Acuerdo 3022-2019, 11 de Septiembre	1. Cliente presenta Solicitud 2. Recepción de solicitud y documentos Providencia de recibido. 3.-Recepción de documentos y convocatoria a equipo 4.Evaluación. 5. Previa Técnica 6. Providencia de admisión y notificación. 7. Informe Técnico 8. Emisión del Dictamen Legal, Resolución y Certificación de la Resolución. 9. Certificado GPASS 10. Aprobación y firma de Resolución, Certificación de la resolución y Certificado del Gestor Prestador/Administrador de Servicios de Salud. 11. Notificación de Resolución y entrega Certificación de	**PARA LA CERTIFICACIÓN PARA GESTORES PRESTADORES/ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD** 1. Solicitud de certificación **Nueva** ☐ **Renovación** ☐ **Modificación** ☐ Nombre abogado o representante legal Estado civil Identidad No. No. De Colegiación 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 Además, deberá adjuntar **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.	FOR-145 Solicitud de Certificación FOR-147 Declaración Jurada CG 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 Evaluación Organización y Funcionamiento FOR-154-3

	religiosas o solidarias que ponen a disposición de la Secretaría de Salud sus propios establecimientos de salud para prestar servicios de salud. **Certificación de Gestores Prestadores/Administradores de Servicios de Salud:** 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.		Resolución y Certificado de Gestores Original 12 Archivo del Expediente	˅ 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.	Evaluación Patrimonial y Financiera FOR-154-4 Experiencia técnica FOR-155 Dictamen Legal FOR- 156 Resolución FOR-157 Certificación de Resolución CG FOR-158 Certificación de Gestor (Papel de Seguridad)

				• 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).	
Autorización de Exhumaciones Inhumación y Traslado de Cadáver y Restos Humanos	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. **Exhumar:** Desenterrar o extraer un cadáver sepultado.	**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	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.	**DEBERÁ PRESENTAR LOS REQUISITOS SIGUIENTES:** **PARA EXHUMACIÓN, INHUMACIÓN TRASLADO NACIONAL/INTERNACIONAL DE CADÁVER, RESTOS HUMANOS Y CENIZAS.** • Solicitud dirigida al Director (a) General de Vigilancia del Marco Normativo, presentada por medio de un Abogado. • Nombre del solicitante profesión u oficio, • No. de Identidad • Colegiación • estado civil, • nacionalidad, • domicilio, • número de teléfono y correo electrónico **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	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

	Inhumar: 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 UAC 8.- Archivo del expediente.	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.	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 Inter. Cenizas

				• 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, ttodos 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.***	
Autorización de Brigadas Medicas	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 ambiental, salud ocupacional personal de salud y otras definidas por la autoridad de 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 6.- Entrega en UAC al solicitante.	Presentar solicitud (Original y copia) con la suma que indique: 1. Se solicita Autorización de Brigada Médica con los siguientes datos: • Órgano al que se dirige: DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO. • Nombre del médico responsable de la brigada con su respectiva especialidad. (Director Técnico) • Hospital o lugar o lugares donde se va a realizar la brigada • Dirección exacta del establecimiento con teléfono y correo electrónico del hospital o lugar o lugares donde se realizará la brigada. • Fecha de duración y Horarios de Atención de las Brigadas Médicas. • Hoja de vida del médico o los médicos responsables de la brigada con sus respectivas copias de títulos revés y derecho y carné de colegiación. • Tipo de cirugías a realizarse o servicios que prestan o actividad o actividades a que se realizaran. • Lugar y fecha de la solicitud. • Firma del solicitante. (Presentar original y copia). 2. Fotocopia del carné profesional que actuara como Director técnico o representante legal. 3. Recibo de pago por servicios	FOR- Solicitud Brigada Medica FOR- Lista de Chequeo Requisitos para Autorización de Brigada Medica FOR- Informe técnico FOR- Autorización Especial
Autorización de Protocolos de Investigación	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	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	1.-Recepciona Solicitud de Autorización de Estudios Clínicos (Ensayos Clínicos) y Muestras para Estudios Clínicos. 2.- Depto. de ASP - Evaluación de Requisitos 3.- Presentación por Investigador en el país del Estudio ante comité de Ética	Solicitud, suma que indique: a- Órgano a que se dirige: Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo b.-Datos generales del solicitante: Nombre y apellido, profesión y oficio, domicilio del solicitante y la condición en que actúa. c-Correo Electrónico d- Área geográfica donde pretende desarrollar la actividad de salud. (Departamento, Municipio, Aldea o Caserío). e.-Unidad de Servicio con la que está coordinando la actividad y registrar el ingreso, Profesional responsable del estudio clínico. f- Dirección Completa del Patrocinador y del ente autorizado para realizar estudios clínicos en el país. g.-Licencia de Funcionamiento y regencia vigentes (cuando aplique a través de una droguería) h.- TGR (recibo).	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

	farmacocinética de los principios activos, con el objetivo de establecer su eficacia y seguridad.	autorizaciones sobre procesos de atención en salud, salud ambiental, salud ocupacional personal de salud y otras definidas por la autoridad de salud.	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 UAC.	Los estudios Clínicos deberán presentar copia de: - Aceptación del Investigador - Objetivos y propósitos del ensayo - Plan de Investigación - Selección y retiro de sujetos - Tratamiento de Sujetos - Materiales y manejo de Fármacos - Evaluación de Eficacia - Evaluación de Seguridad - Lista de Referencias bibliográficas **Protocolo del investigador** - Etapa de estudio - Tiempo de inicio/finalización - Perfil del sujeto - Numero probable de sujetos - Objetivo Principal - Objetivos secundarios claves - Otros objetivos secundarios - Objetivos exploratorios - Metodología - No. de pacientes (sujetos) - Diagnósticos y Criterios de inclusión - Producto de Investigación - Posología y administración - Duración del tratamiento - Seguridad - Métodos estadísticos - Formulario del consentimiento informado del paciente - Manual del consentimiento informado del paciente - Autorización del Comité de Ética (Independiente/ Nacional/del comité de ética en Investigación de la institución investigadora) - Incluir copias de la experiencia en ensayos clínicos del investigador principal y sub investigador. - Currículos del investigador principal y subinvestigador. - Documento de aceptación del establecimiento, firmado por el Director General o cargo equivalente. - Toda la información debe venir en otro idioma, pero además presentarlo en español en igualdad de caracteres (Ley de procedimiento administrativo Art 53 párrafo segundo y tercero) traducción no de google por no ser apropiada principalmente de la terminología técnica. - Recopilación de todos los eventos adversos serios independientemente de la causalidad durante todo el estudio. (como objetivo primario). Requisitos de las muestras y/o dispositivos Médicos: (Una vez aprobado el estudio clínico) y únicamente si fueran adquiridas en el extranjero.	

				- Descripción general del protocolo de estudio y etapa del estudio adjuntar copia de la autorización que diera la agencia de Regulación Sanitaria ARSA, para realizar el estudio. - Listado para más de un producto, Nombre Genérico del producto (código de identificación cuando aplique), concentración por unidad de dosis, Lote, Cantidad y fecha de vencimiento (Si es menor a seis meses debe presentarle compromiso del director técnico que los utilizara dentro del periodo) - Fecha de ingreso, -Aduana o punto de ingreso al país, nombre del transporte y empresa transportadora. - Lugar y fecha de solicitud. - Firma y sello del solicitante.	

SECRETARÍA DE SALUD
REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
Tel. 2232-11-39/2232-1685, E-mail: dvmn.rsmtegucigalpa@gmail.com

Salud
Gobierno de la República

HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

OFICIO No. 272 -07-2023-DVMN-RSM-DC

31 de julio de 2023

Licenciado
CESAR STEVEN DAVILA MARADIAGA
Jefe Unidad de Transparencia SESAL
Su Oficina.

Estimado Lic. Dávila

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

En atención al **Oficio No. 642-UT-2023** de fecha 26 de julio de 2023, remito a ustedes los registros públicos del Departamento de vigilancia del Marco Normativo Región Sanitaria Metropolitana del Distrito central, correspondientes del año 2023, para ser publicados

Los servicios brindados en mención son los siguientes:

1. Licencia Sanitaria (Nueva O Renovación) Para Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud Y Otros
2. Modificación de Licencia Sanitaria Para Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud y Otros
3. Autorización Sanitaria y Constancia de Cumplimiento de Medidas Ambientales

Sin otro particular, reciba nuestras muestras de consideración y estima, y agradeciendo se pueda aprobar dicha solicitud.

Atentamente,

REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL D.C. DEPTO. DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO JEFATURA TEGUCIGALPA M.D.C.

Por

DRA. TANIA PADILLA PAZ
Jefa Depto. de Vigilancia del Marco Normativo

: Archivo

MATRIZ DE SERVICIOS PÚBLICOS BRINDADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD — **DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO REGIÓN SANITARIA METROPLITANA**

SERVICIO PRESTADO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHOS				PROCEDIMIENTO	REQUISITOS	FORMATOS
		ESTABLECIMIENTOS	NUEVA	RENOVACION	MODIFICACION			
Licencia Sanitaria	Es la autorizacion para que un establecimiento pueda brindar los servicios en salud una vez que este cumpla con todos los requisitos tecnicos y legales, a traves de Licenciamiento que es un procedimiento tecnico administrativo de carácter obligatorio tendiente a verificar el cumplimiento de requisitos minimos indispensables vigentes.	Listado De Establecimientos Proveedores De Servicios De Salud Públicos Y No Públicos (Privados) Para Trámite De Licencia Sanitaria				Reglamento para el Control Sanitario de Productos Servicios y Establecimientos de Reglamento para el Control Sanitario de Productos Servicios y Establecimientos de Interes sanitario sanitario Articulo 129. Requisitos para obtener Licencia Sanitaria Articulo 130. Modificación de la Licencia Sanitaria Articulo 133. Nomenclatura de la Licencia sanitaria Articulo 166. Renovación de la Licencia Sanitaria Articulo 169. Inspecciones sanitarias	Requisitos De Licencia Sanitaria (Nueva O Renovación) Para Establecimientos Proveedores De Servicios De Salud Y Otros	**Formato de Solicitud para Licencia sanitaria nueva o Renovacion para Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud y Otros**
		Ambulancia de Transporte Asistencial I Básico (Aeab)	3,000	2,400	1,200		REQUERIMIENTOS GENERALES 1. Presentar Solicitud (Original Y Copia) Con La Suma Que Indique: Se Solicita Licencia Sanitaria Nueva o Se Solicita Renovación de Licencia Sanitaria, Con Los Siguientes Datos: a) Órgano al que se dirige: Jefatura Regional Deartamental. 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 obrigado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo) 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) (No aplica para Clinicas Odontológicas) 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 (Ver Nota). 3. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo) 4. Recibo de pago por el derecho de Renovación. NOTA La Declaración Jurada debe venir autenticada donde manifieste que mantiene las condiciones originales bajo la cual le fue otorgada.	**FORMATO DE SOLICITUD** Señor(a) **JEFE(A) REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL** Presente Yo, _____, mayor de edad, estado civil _____, hondureño(a), (Ab Representante Legal) con Identidad No._____, con Número de Colegiación _____, actu condición de (apoderado legal o representante legal) de _____, tal como lo acredito con la fi poder que acompaño debidamente autenticado o su original para cotejo (*en el caso de renovación si es el mismo legal o representante legal y consta en el expediente general no lo presentará*). Con el respeto acostumbrado comp usted, solicitando se autorice la **LICENCIA SANITARIA NUEVA** o la **RENOVACIÓN DE LICENCIA SANITAI** 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). • 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 Articulo 80 de la Constitución de la Republica; Artículos ... de La Ley Ge Administración Pública; Artículos ...de la Ley de Procedimiento Administrativo; Artículos ...de la Ley de Sin Administrativa; Artículos ... del Código de Salud; Artículos ... del Reglamento para el Control Sanitario de 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 incluso aquellas facultades de expresa mención como en derecho fuere necesario) al(la) Ab** _____, **con Identidad No. _____ Inscrito(a) en el Colegio de Ab Honduras, con Colegiación No._____, con oficina en _____, telé _____, correo electrónico_____,** **PETICIÓN** **Al señor(a) Jefe(a) Regional, respetuosamente PIDO: Admitir la presente solicitud con los documentos aco tenerme como (apoderado legal o representante legal), darle el trámite de ley en definitiva resolver cor solicitado, extendiendo la Certificación y (Licencia Sanitaria Nueva o Renovación de Licencia correspondiente.** **Tegucigalpa, M.D.C., ddlmmlaño** _____ **Firma y sello del Profesional Responsable**
		Asilo de Ancianos	2,000	1,500	1,000			
		Centro Integral de Salud (Cis)	4,000	3,200	1,500			
		Centro de Control de Pediculosis	2,000	1,500	1,000			
		Centro de Masajes Terapéuticos	2,000	1,500	1,000			
		Centro de Rehabilitación Integral	9,000	7,200	2,500			
		Centro de Tatuajes	2,000	1,500	1,000			
		Centro Técnico Dental	2,500	2,000	1,000.00			
		Clínica de Acupuntura	4,000	3,200	1,500			
		Clínica de Medicina Alternativa	3,000	2,400	1,500			
		Clínica de Medicina General	3,000	2,400	1,200			
		Clínica de Nutricion	2,000	1,500	1,000			
		Clínica de Nutricion	2,000	1,500	1,000			
		Clínica de Odontología General	5,000	4,000	2,000			
		Clínica de Optometría	5,000	4,000	2,000			
		Clínica de Psicología	2,000	1,500	1,000			
		Clínica de Toxicología	2,000	1,500	1,000			
		Laboratorio Clínico I	4,000	3,200	1,500			
		Laboratorio Clínico II	7,000	5,600	2,500			
		Unidad de Atención Primaria EN Salud (Uaps)	3,000	2,400	1,200			
		Unidad de Medicina Física Y Rehabilitación	9,000	7,200	2,500			
		Ultrasonido I	6,000	4,800	2,500			
		Vacunacion	2,000.00	1,500.00	1,000.00			
		Centro de Acondicionamiento Y Preparación Física (Gimnasios)	4,000	3,200	2,000		Requisitos de Modificación de Licencia Sanitaria Para Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud y Otros	**Formato de Solicitud de Modificacion de Licencia sanitaria para Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud y Otros**
		Listado De Otros Establecimientos Para Trámite De Licencia Sanitaria					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: Jefatura Regional Departamental. 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.	**FORMATO DE SOLICITUD** Señor(a) **JEFE(A) REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL** Presente Yo, _____, mayor de edad, estado civil _____, hondureño(a), (Ab Representante Legal) con Identidad No._____, con Número de Colegiación _____, actu condición de (apoderado legal o representante legal) de _____, tal como lo acredito con la fi poder que acompaño debidamente autenticado o su original para cotejo (*en el caso de renovación si es el mismo legal o representante legal y consta en el expediente general no lo presentará*). Con el respeto acostumbrado comp usted, solicitando se autorice la **MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA** por **(especificar el tipo de mo**
		Barberías	500	250	200			
		Cementerios	5,000.00	4,000.00	2,000.00			
		Funeraria	2,000.00	1,500.00	1,000.00			
		Peluquerías y Salones de Belleza	500	250	200			
		Servicios de Aseo y Limpieza de Edificios y Viviendas o Servicios Similares (Higienizadoras)	5,000.00	4,000.00	1,500.00			
		Servicios de Fumigación Doméstica	1,800.00	1,500.00	1,000.00			

REQUERIMIENTOS GENERALES

1. Presentar solicitud (Original y Copia) con la suma que indique: SE SOLICITA LICENCIA SANITARIA NUEVA o SE SOLICITA RENOVACIÓN DE LICENCIA SANITARIA. con los siguientes datos:

a) Órgano al que se dirige: Jefatura Regional Deartamental.

b) Nombre y generales (No. Identidad) del propietario o reoresentante leeal del establecimiento y del apoderado leeal.

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.

REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS

A. LICENCIA SANITARIA NUEVA

2. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo)

6. Presentación de los Planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del Establecimiento aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente.

B. RENOVACIÓN DE LICENCIA

2. Declaración Jurada (Ver Nota).

3. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo)

4. Recibo de pago por el derecho de Renovación.

NOTA La Declaración Jurada debe venir autenticada donde manifieste que mantiene las condiciones originales bajo la cual le fue otorgada.

REQUISITOS DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS

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: Jefatura Regional Departamental.

b) Nombre y generales (No. Identidad) del propietario o reoresentante leeal del establecimiento y del apoderado leeal.

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.

		Servicios Sanitarios Portátiles	500	250	200	f) Actividad o actividades a que se dedicará.	_____ 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 modifica 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.	el Lugar y fecha de la solicitud. hl Firma del solicitante.
		Servicios Sanitarios Públicos	500	250	200	g) Lugar y fecha de la solicitud.		
		Transporte de Agua (Cisterna) de Uso Domestico	200	200	200	h) Firma del solicitante.		
		Transporte de Aguas Residuales	2,000.00	1,500.00	1,000.00	REQUERIMIENTOS ESPECIFICOS		
		Transporte de Residuos Sólidos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud	2,500.00	2,000.00	1,000.00	Modificación por Traspaso de Propiedad (Cambio de Propietario)	**FUNDAMENTOS DE DERECHO** **Fundo la presente solicitud en el Articulo 80 de la Constitución de la Republica; Articulos ... de La Ley Ge Administración Pública; Articulos ...de la Ley de Procedimiento Administrativo; Articulos ... de la Ley de Sim Administrativa; Articulos ... del Código de Salud; Articulos ... del Reglamento para el Control Sanitario de 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 incluso aquellas facultades de expresa mención como en derecho fuera necesario) al(la) Ab _____, con Identidad No. _____, Inscrito(a) en el Colegio de Ab Honduras, con Colegiación No. _____, con oficina en _____, tele _____, correo electrónico_____;** **PETICIÓN** **Al señor(a) Jefe(a) Regional, respetuosamente PIDO: Admitir la presente solicitud con los documentos aco tenerme como (apoderado legal o representante legal), darle el trámite de ley en definitiva resolver cor solicitado, extendiendo la Certificación y Modificación de la Licencia Sanitaria correspondiente.** **Tegucigalpa, M.D.C., dd/mm/año** **Firma y sello del Profesional Responsable**	
		Transportes Fúnebres	2,000.00	1,500.00	1,000.00	1. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original para cotejo)		
						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)		
						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)		
						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)		
						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 amplíará.		
						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)		
						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.		
Constancias Sanitarias	Constancia para verificación de cumplimiento de las medidas ambientales	Listado De Otros Establecimientos Para Trámite de Constancia De Cumplimiento De Medidas Ambientales				Requisitos de Autorización Sanitaria y Constancia de Cumplimiento de Medidas Ambientales		
		Aerocuertos	200.00			REQUERIMIENTOS GENERALES		
		Agropecuarias				1. Presentar solicitud dirigida hacia la autoridad sanitaria (podrá ser mediante formato Pre-impreso, Original y Copia) con la suma que indique: Se solicita CONSTANCIA O AUTORIZACIÓN SANITARIA, con los siguientes datos:	**Formato de Solicitud de Autorizacion Sanitaria y Constancia de Cumplimiento de Medidas**	
		Albergues de Mascotas				a) Órgano al que se dirige: Jefatura Regional Departamental.		
		Almacenes				b) Nombre y generales (No. Identidad) del propietario o representante legal del establecimiento y del apoderado legal, según sea el caso.		
		Aserraderos				c) Razón social o denominación de la sociedad, cuando aplique.		
		Auditorios				d) Nombre del establecimiento.		
		Billares				e) Dirección exacta del establecimiento, incluyendo teléfono, fax, correo electrónico.	**FORMATO DE SOLICITUD** Señor(a) **JEFE(A) REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL** Presente Yo, _____, mayor de edad, estado civil _____, hondureño(a), cor No. _____ con Número de Colegiación (en caso de ser presentado por un Abogado) _ actuando en mi condición de propietario del establecimiento _____ o representant _____ o apoderado legal de _____ tal como lo acred fotocopia de la identidad o del poder que acompaño debidamente autenticado o su original para cotejo). Cor acostumbrado comparezco ante usted, solicitando se autorice la **CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE AMBIENTALES** para el establecimiento: • Nombre del establecimiento. • Dirección exacta del establecimiento. • Teléfono, correo electrónico. • Actividad o actividades a que se dedicará y servicios que brinda (Describir todos los servicios). • Lugar y fecha de la solicitud. • Firma del Solicitante.	
		Bodegas				f) Actividad o actividades a que se dedicará.		
		Boqueras				g) Lugar y fecha de la solicitud.		
		Canchas Deportivas				h) Firma del solicitante.		
		Canopys				REQUERIMIENTOS ESPECIFICOS		
		Casinos				1. Copia fotostática del documento nacional de identificación legible del propietario del establecimiento. (Debidamente autenticada o su original para cotejo).		
		Centros Comerciales				2. Poder otorgado al profesional del derecho, cuando aplique. (Debidamente autenticada o su original para cotejo, copia del carnet de abogado)		
		Centros Educativos				3. Croquis de ubicación del establecimiento.		
		Cinemas				4. Copia fotostática del permiso de operación, cuando aplique. (Debidamente autenticada o su original para cotejo)		
		Control Sanitarios de Aguas para Consumo Humano				5. Copia de la constancia, permiso o licencia ambiental vigente, cuando aplique.		
		Control Sanitario de Aguas Residuales				6. Recibo de pago por el trámite de la constancia o autorización sanitaria.		
		Control Sanitario de Manejo de Residuos Sólidos Comunes y Hospitalarios				NOTA 1: Todo documento que sea copia fotostática deberá ser colejado con su original o ser presentado con Certificado de Autenticidad, este trámite se podrá hacer de manera personal o mediante Abogado.		
		Control Sanitario para Envasadoras de Agua						
		Chatarreras						
		Curtiembres						
		Distribuidoras de Gas LPG						
		Edificios de Alquiler Comercial						
		Empresa de Transporte						
		Estadios						
		Fábricas						
		Ferreterías						
		Gasolineras						
		Hospitales y Clínicas Veterinarias						
		Lavaderos de Vehículos						
		Llanteras						
		Maquilas						
		Mercados						
		Papelerías						
		Paintball						
		Parques Ecológicos						
		Proyectos de Construcción						
		Recicladoras						
		Salas de Belleza Caninas						
		Salones de Convenciones						
		Talleres de Mecánica						
		Talleres de Pintura						
		Talleres Industriales						
		Teatros						
		Ventas de Calzado Nuevo y Usado						
		Venta de Materiales de Construcción						
		Ventas de Repuestos Nuevos y Usados						
		Ventas de Ropa de Nuevas y de Segundo Uso						
		Viveros						
		Yonkers						

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL N°19
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
HONDURAS, C.A, Teléfono: 2232-1139
Correo electrónico: dvmn.rsmtegucigalpa@gmail.com

REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN SANITARIA Y CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS AMBIENTALES PARA OTROS ESTABLECIMIENTOS

REQUERIMIENTOS GENERALES
1. Presentar solicitud dirigida hacia la autoridad sanitaria (podrá ser mediante formato Pre-impreso, Original y Copia) con la suma que indique: Se solicita **CONSTANCIA O AUTORIZACIÓN SANITARIA**, con los siguientes datos:
a) Órgano al que se dirige: Jefatura Regional Departamental.
b) Nombre y generales (No. Identidad) del propietario o representante legal del establecimiento y del apoderado legal, según sea el caso.
c) Razón social o denominación de la sociedad, cuando aplique.
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
2. Copia fotostática del documento nacional de identificación legible del propietario del establecimiento. (Debidamente autenticada o su original para cotejo).
3. Poder otorgado al profesional del derecho, cuando aplique. (Debidamente autenticada o su original para cotejo, copia del carnet de abogado)
4. Croquis de ubicación del establecimiento.
5. Copia fotostática del permiso de operación, cuando aplique. (Debidamente autenticada o su original para cotejo)
6. Copia de la constancia, permiso o licencia ambiental vigente, cuando aplique.
7. Recibo de pago por el trámite de la constancia o autorización sanitaria.
NOTA 1: Todo documento que sea copia fotostática deberá ser cotejado con su original o ser presentado con Certificado de Autenticidad, este trámite se podrá hacer de manera personal o mediante Abogado. **NOTA 2:** La vigencia de la Constancia es de un año, a partir de la fecha de emisión.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL N°19
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
HONDURAS, C.A, Teléfono: 2232-1139
Correo electrónico: dvmn.rsmtegucigalpa@gmail.com

FORMATO DE SOLICITUD

Señor(a)
JEFE(A) REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL
Presente

Yo, _____, mayor de edad, estado civil _____, hondureño(a), con Identidad No. _____, con Número de Colegiación (en caso de ser presentado por un Abogado) _____, actuando en mi condición de propietario del establecimiento _____ o representante legal de _____ o apoderado legal de _____, tal como lo acredito con (la fotocopia de la identidad o del poder que acompaño debidamente autenticado o su original para cotejo). Con el respeto acostumbrado comparezco ante usted, solicitando se autorice la **CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS AMBIENTALES** para el establecimiento:

- Nombre del establecimiento.
- Dirección exacta del establecimiento.
- Teléfono, correo electrónico.
- Actividad o actividades a que se dedicará y servicios que brinda (Describir todos los servicios).
- Lugar y fecha de la solicitud.
- Firma del Solicitante

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL N°19
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
HONDURAS, C.A, Teléfono: 2232-1139
Correo electrónico: dvmn.rsmtegucigalpa@gmail.com

REQUISITOS DE LICENCIA SANITARIA (NUEVA O RENOVACIÓN) PARA ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS

REQUERIMIENTOS GENERALES
1. Presentar solicitud (Original y Copia) con la suma que indique: **SE SOLICITA LICENCIA SANITARIA NUEVA** o **SE SOLICITA RENOVACIÓN DE LICENCIA SANITARIA**, con los siguientes datos:
a) Órgano al que se dirige: Jefatura Regional Departamental.
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 paracotejo)
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) (*No aplica para Clínicas Odontológicas*)
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 (Ver Nota).
3. Poder otorgado al profesional del derecho. (Debidamente autenticado o su original paracotejo)
4. Recibo de pago por el derecho de Renovación.
NOTA: La Declaración Jurada debe venir autenticada donde manifieste que mantiene las condiciones originales bajo la cual le fue otorgada.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL N°19
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
HONDURAS, C.A, Teléfono: 2232-1139
Correo electrónico: dvmn.rsmtegucigalpa@gmail.com

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 **LICENCIA SANITARIA NUEVA** o la **RENOVACIÓN DE LICENCIA SANITARIA** 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).
- 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) 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 Certificación y (Licencia Sanitaria Nueva o Renovación de Licencia Sanitaria) correspondiente.

Tegucigalpa, M.D.C., dd/mm/año

_____
Firma y sello del Profesional Responsable

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL N°19
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
HONDURAS, C.A, Teléfono: 2232-1139
Correo electrónico: dvmn.rsmtegucigalpa@gmail.com

REQUISITOS DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS

REQUERIMIENTOS GENERALES
1. Presentar solicitud (Original y Copia) con la suma que indique: Se solicita **MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA**, con los siguientes datos:
a) Organo al que se dirige: Jefatura Regional Departamental.
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)
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)
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)
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)
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)
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.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL N°19
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
HONDURAS, C.A, Teléfono: 2232-1139
Correo electrónico: dvmn.rsmtegucigalpa@gmail.com

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) 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 Certificación y Modificación de la Licencia Sanitaria correspondiente.

Tegucigalpa, M.D.C., dd/mm/año

_____
Firma y sello del Profesional Responsable