

**FORMATO DE SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN**

Versión: 03

Código: SGP-F-001

Página 1 de

**Comisionada Presidenta****Dra. Dorian Elizabeth Salinas****Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA)**

Yo, \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ con identidad número \_\_\_\_\_, RTN \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_ actuando en mi condición de \_\_\_\_\_ comparezco a solicitar:

**NOTA: Seleccione una (1) opción.**Devolución   
no utilizados 

Constancia que avale que los fondos

del pago correspondiente al trámite de:

Realizado por medio de: Depósito  Transferencia 

a la cuenta bancaria de ARSA:

- 1) FICOHSA Lempiras No. 200006055671
- 2) FICOHSA Lempiras No. 200008246978
- 3) FICOHSA dólares No. 200006055752
- 4) BANADESA Lempiras No. 25-001-000069-0
- 5) BANADESA dólares No. 27-001-000065-1
- 6) BAC CREDOMATIC Lempiras No. 745788831

a. Datos del Depósito o Transferencia

| No. | Cuenta Bancaria Origen del solicitante | Fecha del Depósito o Transferencia | Monto del Depósito o Transferencia |
|-----|--|------------------------------------|------------------------------------|
|-----|--|------------------------------------|------------------------------------|

b. Detalles del trámite¿El trámite fue solicitado? Sí  No





|   |                   |             |
|---|-------------------|-------------|
| <b>FORMATO DE SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN</b> |                   |             |
| Versión: 03                               | Código: SGP-F-001 | Página 3 de |

e. Documentación que debe estar Adjunta:

- Solicitud del Ciudadano Formato SGP-F-001 Firmada y sellada.
- Comprobante de transferencia o depósito bancario.
- Copia del RTN del Solicitante (Persona Natural/Juridica).
- Copia del documento nacional de identificación del solicitante.
- Carta poder autenticada o documento que acredite su representación legal debidamente legalizada, cuando corresponda.
- Comprobante de transferencia o depósito bancario de pago por Lps. 200 en concepto de gastos administrativos.
- Constancia de certificación de cuenta bancaria del beneficiario o copia de la libreta bancaria.

**NOTA:** Los procedimientos que cumplan con los requisitos antes indicados afectarán únicamente fondos recaudados en el año fiscal en el que se hizo el pago indebido, caso contrario el proceso deberá realizarse ante la Secretaría de Finanzas.

Comayagüela M.D.C, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_ del año 202 \_\_\_\_.

---

**Persona Natural/ Representante legal/ Apoderado legal**