

SECRETARIA DE SALUD  
SUBSECRETARIA DE REGULACION  
DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO  
TEGUCIGALPA, HONDURAS C.A.

Correo: [direcciongvmn@gmail.com](mailto:direcciongvmn@gmail.com) tel. 2237-59-63

Oficio No. 928- DGVMN-SS-2018

17 de octubre del 2018

Licenciada  
**Lesly Barahona Vivas**  
Directora Unidad de Transparencia  
Su oficina

Estimada licenciada Barahona:

En atención a su **Oficio No. 494-UT-2018**, recibido vía correo electrónico, adjunto a usted cuadro de información de los servicios públicos que presta la Secretaria de Salud a través de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo.

Con muestras de consideración y estima.

Atentamente,

  
**Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández**  
Directora General de Vigilancia del Marco Normativo



Cc : Archivo.

**SERVICIOS PUBLICOS QUE PRESTA LA SESAL A TRAVES DE LA DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO.**  
**Servicios Prestados, (Tasas, Derechos, Procedimientos, Requisitos y Formatos).**

| SERVICIOS PRESTADOS                                                                         | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                      | TASA Y DERECHOS                                                                                                                                                                                                   | PROCEDIMIENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FORMATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Licencias a Establecimientos Proveedores de servicios de Salud y otros Públicos y Privados. | 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. | Hospitales y clínicas con especialidad nivel de complejidad III.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Licencia Nueva L. 7000.00</li> <li>Renovación L. 7,000.00.</li> <li>Modificación L.1,500.00</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud y Otros.</li> <li>Ingreso y tramitación de la Documentación.</li> <li>Revisión Evaluación técnica y jurídica de la documentación y emisión de Providencia-</li> <li>Inspección, Orden y Acta de Inspección.</li> <li>Informe Técnico.</li> <li>Dictamen Legal.</li> <li>Propuesta de Resolución, Certificación y Licencia Sanitaria</li> <li>Firma y Resolución de Certificación.</li> <li>Notificación de resolución y entrega de Certificación y licencia Sanitaria.</li> <li>Certificado y Licencia Sanitaria.</li> <li>Entrega al solicitante en la UAC.</li> </ol> | <p><b>Licencia Sanitaria Nueva</b><br/>Presentar solicitud con la suma indicada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se solicita Licencia Sanitaria: con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Órgano al que se dirige: DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NOMATIVO.</li> <li>Nombre y generales del propietario o representante legal del establecimiento y del apoderado legal.</li> <li>Razón social o denominación de la sociedad.</li> <li>Nombre del establecimiento.</li> <li>Dirección exacta del establecimiento (Croquis de ubicación del establecimiento, requisito administrativo).</li> <li>Teléfono</li> <li>Correo Electrónico</li> <li>Actividad o actividades a que se dedicara y servicios que prestan.</li> <li>Lugar y fecha de la solicitud.</li> <li>Firma del solicitante. (Presentar original y copia).</li> <li>No. de RTN de la empresa (Requisito Administrativo).</li> </ul> </li> <li>Poder otorgado al profesional del derecho.</li> <li>Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad o de</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>FOR-042 Solicitud de Licencia Sanitaria a Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud, Adjunto requisitos.</li> <li>FOR- 043 Lista de Chequeo Requisitos LS nueva.</li> <li>FOR- listas de Chequeo Requisitos LS Renovación.</li> <li>FOR- Lista de Chequeo requisitos Modificación</li> <li>FOR-044 Providencia Recibido</li> <li>FOR-045 Notificación Clave Web</li> <li>FOR-047 Revisión y Evaluación Técnica</li> <li>FOR-048 Notificación de</li> </ol> |

|  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  | <p>comerciante individual debidamente inscrita en el Registro de la Propiedad Inmueble Mercantil, exceptuando las clínicas odontológicas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fotocopia del carné profesional que actuara como director médico o representante legal.</li> <li>5. Recibo de pago por los servicios de Licencia Sanitaria 2 ( ) años ( ), 4 Años ( ), 6 Años ( ).</li> <li>6. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento aprobados por la Alcaldía Municipal correspondiente.</li> <li>7. Croquis</li> </ol> <p><b>Licencia Sanitaria Renovación:</b></p> <p>1. Se solicita Licencia Sanitaria: con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgano al que se dirige: DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NOMATIVO.</li> <li>• Nombre Y generales del propietario o representante legal del establecimiento y del apoderado legal.</li> <li>• Razón social o denominación de la sociedad.</li> <li>• Nombre del establecimiento.</li> <li>• Dirección exacta del establecimiento (Croquis de ubicación del establecimiento) / requisito administrativo.</li> <li>• Teléfono</li> <li>• Correo Electrónico</li> <li>• Actividad o actividades a que se dedicara o servicios que prestan.</li> <li>• Lugar y fecha de la solicitud.</li> <li>• Firma del solicitante.</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Providencia FOR-049</li> <li>Providencia Requerimiento</li> <li>10. FOR-050</li> <li>Providencia Ordenado</li> <li>11. FOR-051</li> <li>Providencia Cúmplase</li> <li>12. FOR-052 Portada Licencia Sanitaria EPPSSO</li> <li>13. FOR-053 Orden de Inspección Sanitaria EPPSSO</li> <li>14. FOR-054 Acta de Inspección Establecimiento PPSO</li> <li>15. Cambios FOR-055 Informe Técnico</li> <li>16. FOR-056 Dictamen Legal</li> <li>17. FOR-057 Resolución</li> <li>18. FOR-058 Certificado</li> <li>19. FOR-059 Licencia Sanitaria</li> <li>20. FOR- Instrumentos de inspección sanitaria para establecimientos de Salud</li> <li>21. FOR-129 Portada de Licencia.</li> </ol> |
|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  | <p>(Presentar original y copia)</p> <p>2. Declaración Jurada autenticada donde manifieste que mantiene las condiciones originales bajo la cual fue otorgado.</p> <p>3. Poder otorgado al profesional del derecho</p> <p>4. Pago por el derecho de renovación.</p> <p><b>Licencia Sanitaria Modificación:</b></p> <p>1. Se solicita Licencia Sanitaria a Establecimiento Proveedor de Servicios de salud: con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Órgano al que se dirige: DIRECCION GENERAL DE VIGIAlNCIA DEL MARCO NORMATIVO.</li><li>• Nombre y generales del propietario o representante legal del establecimiento y del apoderado legal.</li><li>• Razón social o denominación de la sociedad.</li><li>• Nombre del establecimiento.</li><li>• Dirección exacta del establecimiento (Croquis de la ubicación del establecimiento, requisito administrativo), incluyendo.</li><li>• Teléfono</li><li>• Correo Electrónico</li><li>• Actividad (es) a que se dedicara o Servicio(s) que prestan.</li><li>• Tipo de modificación que solicita</li><li>• Lugar y fecha de la solicitud.</li><li>• Firma del solicitante.</li></ul> <p>(Presentar original y copia).</p> <p><b>Modificación por traspaso de propiedad (Cambio de propietario)</b></p> <p>1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su</p> |  |
|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  | <p>original para cotejo).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Documento que acredite el traspaso de propiedad (Escritura de Compraventa debidamente inscrita).</li> <li>3. Fotocopia del carné profesional que actuara como director médico o representante legal.</li> <li>4. Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.</li> <li>5. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobados por la Alcaldía municipal correspondiente.</li> <li>6. Croquis</li> </ol> <p><b>Modificación de la denominación o razón social del establecimiento.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo).</li> <li>2. Documento que acredite la modificación de la denominación o razón social (Escritura debidamente inscrita) (Debidamente autenticada o su original para cotejo).</li> <li>3. Fotocopia del carné profesional que actuara como director médico o representante legal.</li> <li>4. Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.</li> </ol> <p><b>Modificación por traslado, remodelación o reconstrucción.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo).</li> </ol> |  |
|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>2. Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.</p> <p>3. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente.</p> <p><b>Ampliación de bienes o servicios.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo).</li> <li>2. Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.</li> <li>3. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente.</li> <li>4. Servicios que ampliara.</li> </ol> |                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Autorización de Exhumaciones y Traslado de Cadáver y Restos Humanos</p> | <p>Otorgar o denegar Autorización para la Exhumación e Inhumación, Traslado Nacional e Internacional de Cadáver restos humanos o Cenizas.</p> <p><b>Exhumar:</b> Desenterrar o extraer un cadáver sepultado.</p> <p><b>Inhumar:</b> Sepultar o enterrar un cadáver o restos humanos.</p> <p><b>Traslado de Cadáver:</b></p> | TGR L. 200.00 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitud de Autorización de Exhumación, Inhumación y Traslado de Cadáver, Restos Humanos o Cenizas.</li> <li>2. Admisión de Solicitud.</li> <li>3. Revisión y evaluación jurídica de la documentación.</li> <li>4. Emisión del Dictamen Legal.</li> <li>5. Propuesta de Resolución y Certificación de Autorización de Exhumación, Inhumación y Traslado de Cadáver, Restos Humanos o Cenizas.</li> <li>6. Firma de Resolución y Certificación de la autorización.</li> <li>7. Notificación de resolución y</li> </ol> | <p><b>DEBERA PRESENTAR LOS REQUISITOS SIGUIENTES:</b></p> <p>PARA EXHUMACIÓN, INHUMACION TRASLADO NACIONAL DE CADAVER, RESTOS HUMANOS Y CENIZAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud dirigida al director (a) General de Vigilancia del Marco Normativo, presentada por medio de un Abogado.</li> <li>• Carta poder o escritura pública a favor del apoderado legal.</li> <li>• Boleta TGR-1 de Lps. 200.00.</li> <li>• Certificado acta de nacimiento o identidad, en su defecto pasaporte o copia de carne de residencia del fallecido.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. FOR- Solicitud Autorización.</li> <li>2. FOR-00 Lista de chequeo requisitos Autorización para exhumación e inhumación</li> <li>3. FOR- Lista de chequeo requisitos Autorización traslado</li> </ol> |

|  |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Mover el Cadáver o restos humanos de un lugar a otro, a petición de un familiar.</p> |  | <p>entrega de Certificación de autorización Exhumación, Inhumación y Traslado de Cadáver, Restos Humanos o Cenizas.</p> <p>8. Entrega al solicitante en la UAC</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de acta de defunción.</li> <li>• Copia de tarjeta de identidad de la persona que otorga confiere poder.</li> <li>• El o la solicitante debe acreditar legalmente el parentesco con el cadáver que se va a exhumar, inhumar y trasladar.</li> <li>• El solicitante deberá acreditar la causa de la muerte.</li> <li>• Constancia con dirección exacta que diga donde será sepultado nuevamente el cadáver.</li> <li>• Autorización judicial de exhumación o traslado otorgado por el juzgado de Letras de lo penal de cada jurisdicción.</li> <li>• Constancia extendida por la autoridad administrativa del cementerio, que indique el lugar exacto donde se encuentra sepultado el cadáver que será exhumado o trasladado.</li> <li>• Constancia que garantice que el cadáver ha sido preparado adecuadamente para ser transportado en ataúd herméticamente sellado de acuerdo a las normas técnicas nacionales.</li> <li>• Autorización extendida por la Municipalidad para la cremación.</li> </ul> <p><b>REQUISITOS ADICIONAL PARA EL TRASLADO INTERNACIONAL DE CADAVER, CENIZAS Y RESTOS HUMANOS.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud dirigida al director (a) General de Vigilancia del Marco Normativo, presentada por medio</li> </ul> | <p>internacional de cadáveres</p> <p>4. FOR-Providencia de Recibido</p> <p>5. FOR-Providencia de Admisión</p> <p>6. FOR-Dictamen</p> <p>7. FOR-Certificación</p> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  | <p>de un Abogado.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Carta poder o escritura pública a favor del apoderado legal.</li><li>• Boleta TGR-1 de Lps. 200.00</li><li>• Certificado acta de nacimiento o identidad, en su defecto pasaporte o copia de carne de residencia del fallecido.</li><li>• Certificado de acta de defunción.</li><li>• Copia de tarjeta de identidad o pasaporte de la persona que otorga confiere poder.</li><li>• El o la solicitante debe acreditar legalmente el parentesco con el cadáver que se va a trasladar.</li><li>• Indicar vía aérea, marítima o terrestre.</li><li>• Aduana</li><li>• Fecha y hora de salida.</li><li>• Transbordo si los hubiere.</li><li>• No. de vuelo.</li><li>• Nombre de la empresa que transportara el cadáver.</li><li>• Lugar donde llegara.</li><li>• Dirección exacta donde será inhumado.</li><li>• Autorización judicial de traslado otorgado por el juzgado de Letras de lo criminal de cada jurisdicción.</li><li>• El solicitante deberá acreditar la causa de la muerte.</li><li>• 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.</li><li>• Acreditar que el establecimiento</li></ul> |  |
|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

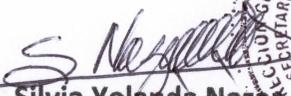
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>donde se realizó la cremación de restos humanos se encuentra debidamente licenciado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización extendida por la Municipalidad para la cremación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                              |
| Autorización de Brigadas Medicas | Autorización para que una institución o cooperante puedan brindar atención 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. | TGR L. 200.00 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recepción de Solicitud de Autorización de Brigada Médica y verifica requisitos.</li> <li>2. Depto. de Licenciamiento de establecimientos Proveedores de Servicios de salud y Otros - Evaluación de Requisitos</li> <li>3. Informe Técnico emitido o denegado.</li> <li>4. Aprobación o No aceptación de Solicitud de Brigada Médica.</li> <li>5. Entrega en UAC al solicitante.</li> </ol> | <p><b>Presentar solicitud (Original y copia) con la suma que indique:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se solicita Autorización de Brigada Médica con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgano al que se dirige: DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NOMATIVO.</li> <li>• Nombre del médico responsable de la brigada con su respectiva especialidad. (Director Técnico)</li> <li>• Hospital o lugar o lugares donde se va a realizar la brigada</li> <li>• Dirección exacta del establecimiento con teléfono y correo electrónico del hospital o lugar o lugares donde se realizará la brigada.</li> <li>• Fecha de duración y Horarios de Atención de las Brigadas Médicas.</li> <li>• 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.</li> <li>• Tipo de cirugías a realizarse o servicios que prestan o actividad o actividades a que se realizaran.</li> <li>• Lugar y fecha de la solicitud.</li> <li>• Firma del solicitante.</li> </ul> </li> </ol> <p>(Presentar original y copia).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fotocopia del carné profesional que actuara como director técnico o representante legal.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. FOR- Solicitud Brigada Médica.</li> <li>2. FOR- Lista de Chequeo Requisitos para Autorización de Brigada Médica.</li> <li>3. FOR- Informe técnico</li> <li>4. FOR-Autorización Especial</li> </ol> |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Autorización de Protocolos de Investigación</p> | <p>Es un estudio sistemático, que sigue en un todo 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.</p> | <p>TGR L. 200.00</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recepción Solicitud de Autorización de Estudios Clínicos (Ensayos Clínicos) y Muestras para Estudios Clínicos.</li> <li>2. Depto. de ASP -Evaluación de Requisitos</li> <li>3. Presentación por Investigador en el país del Estudio ante comité de Ética.</li> <li>4. Informe Técnico emitido por Comité de Ética que autoriza o deniega.</li> <li>5. Aprobación o No aceptación de Solicitud de Estudio Clínico por Dirección General.</li> <li>6. Entrega al Solicitante en la UAC.</li> </ol> | <p>3. Recibo de pago por servicios</p> <p><b>Solicitud, suma que indique:</b><br/>         Órgano a que se dirige: Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos generales del solicitante: Nombre y apellido, profesión y oficio, domicilio del solicitante y la condición en que actúa.</li> <li>• Correo Electrónico</li> <li>• Área geográfica donde pretende desarrollar la actividad de salud. (Departamento, Municipio, Aldea o Caserío).</li> <li>• Unidad de Servicio con la que está coordinando la actividad y registrar el ingreso, Profesional responsable del estudio clínico.</li> <li>• Dirección Completa del Patrocinador y del ente autorizado para realizar estudios clínicos en el país.</li> <li>• Licencia de Funcionamiento y regencia vigentes (cuando aplique a través de una droguería).</li> <li>• TGR (recibo por L.200).</li> </ul> <p><b>Los estudios Clínicos deberán presentar copia de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación del Investigador</li> <li>• Objetivos y propósitos del ensayo</li> <li>• Plan de Investigación</li> <li>• Selección y retiro de sujetos</li> <li>• Tratamiento de Sujetos</li> <li>• Materiales y manejo de Fármacos.</li> <li>• Evaluación de Eficacia.</li> <li>• Evaluación de Seguridad.</li> <li>• Lista de Referencias bibliográficas.</li> </ul> <p><b>Protocolo del investigador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa de estudio.</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. FOR-Solicitud de Autorización de Estudios Clínicos (Ensayos clínicos) y Muestras para estudios Clínicos).</li> <li>2. For- Lista de chequeo de requisitos.</li> <li>3. FOR-Informe Técnico.</li> <li>4. FOR-Autorización especial</li> </ol> |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de inicio/finalización.</li> <li>• Perfil del sujeto.</li> <li>• Numero probable de sujetos.</li> <li>• Objetivo Principal.</li> <li>• Objetivos secundarios claves.</li> <li>• Otros objetivos secundarios.</li> <li>• Objetivos exploratorios.</li> <li>• Metodología.</li> <li>• No. de pacientes (sujetos).</li> <li>• Diagnósticos y Criterios de inclusión.</li> <li>• Producto de Investigación.</li> <li>• Posología y administración.</li> <li>• Duración del tratamiento.</li> <li>• Seguridad.</li> <li>• Métodos estadísticos.</li> <li>• Formulario del consentimiento informado del paciente.</li> <li>• Manual del consentimiento informado del paciente.</li> <li>• Autorización del Comité de Ética (Independiente/ Nacional/del comité de ética en Investigación de la institución investigadora).</li> <li>• Incluir copias de la experiencia en ensayos clínicos del investigador principal y sub investigador.</li> <li>• Currículos del investigador principal y subinvestigador.</li> <li>• Documento de aceptación del establecimiento, firmado por el Director General o cargo equivalente.</li> <li>• Toda la información puede venir en otro idioma, pero además presentarlo en español en igualdad de caracteres (Ley de procedimiento administrativo Art</li> </ul> |  |
|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  | <p>53 párrafo segundo y tercero) traducción no de google por no ser apropiada principalmente de la terminología técnica.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recopilación de todos los eventos adversos serios independientemente de la causalidad durante todo el estudio. (como objetivo primario).</li></ul> |  |
|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Tegucigalpa M.D.C 18 de Octubre, 2018

  
**Dra. Silvia Yolanda Nazar**  
Directora General de Vigilancia del Marco Normativo  
Secretaria de Salud

