

Oficio No.521-DGVMN-SS-2020

28 septiembre 2020

Licenciada
LESLY BARAHONA
Directora de Transparencia
Su Oficina

Estimada Licenciada Barahona:

En relación a Oficio No.454-UT-2020, se adjuntan informes mensuales de registros públicos, enviados a Transparencia de Enero a Septiembre del año en curso, asimismo se adjunta cuadro actualizado, sobre los servicios públicos que presta la Secretaria de Salud a través de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo.

Sin otro particular y con muestras de consideracion y estima.

Atentamente,



Firmado digitalmente
por SILVIA YOLANDA
NAZAR HERNANDEZ
Fecha: 2020.09.28
14:24:03 -06'00'

DRA. SILVIA YOLANDA NAZAR HERNANDEZ
Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

SERVICIOS PUBLICOS QUE PRESTA LA SESAL A TRAVES DE LA DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO

SERVICIOS PRESTADOS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASA Y DERECHOS	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
Licencias a Establecimientos Proveedores de servicios de Salud.	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	<ol style="list-style-type: none"> Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud y Otros. Ingreso y tramitación de la Documentación. Revisión Evaluación técnica y jurídica de la documentación y emisión de Providencia. Inspección, Orden y Acta de Inspección Informe Técnico. Dictamen Legal. Propuesta de Resolución, Certificación y Licencia Sanitaria. Firma y Resolución de Certificación. Notificación de resolución y entrega de Certificación y licencia Sanitaria. Certificado y Licencia Sanitaria. Entrega al solicitante en la UAC. 	<p>LICENCIA SANITARIA NUEVA Presentar solicitud con la suma indicada:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se solicita Licencia Sanitaria: con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> Órgano al que se dirige: DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NOMATIVO. 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). Poder otorgado al profesional del derecho. Fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad o de comerciante individual debidamente inscrita en el Registro de la Propiedad Inmueble Mercantil, exceptuando las clínicas odontológicas. Fotocopia del carné profesional que actuara como Director médico o representante legal. Recibo de pago por los servicios de Licencia Sanitaria 2 () años (), 4 Años (), 6 Años (). Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento aprobados por la Alcaldía Municipal correspondiente. Croquis <p>LICENCIA SANITARIA RENOVACIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se solicita Licencia Sanitaria: con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> Órgano al que se dirige: DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NOMATIVO. 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 o servicios que prestan. Lugar y fecha de la solicitud. Firma del solicitante. Declaración Jurada autenticada donde manifieste que mantiene las condiciones originales bajo la cual fue otorgado. 	<p>FOR-042 Solicitud de Licencia Sanitaria a Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud, Adjunto requisitos. FOR-043-1 Lista de Chequeo Requisitos LS nueva FOR-043-2 listas 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 EPPSSO FOR-053 Orden de Inspección Sanitaria EPPSSO FOR-054 Acta de Inspección Establecimiento PPSSO Cambios FOR-055 Informe Técnico FOR-056 Dictamen Legal FOR-057 Resolución FOR-058 Certificado FOR-059 Licencia Sanitaria de inspección sanitaria para establecimientos de Salud FOR-129 Portada de Licencia.</p>

				<p>3. Poder otorgado al profesional del derecho.</p> <p>4. Pago por el derecho de renovación. (Presentar original y copia de solicitud)</p> <p>LICENCIA SANITARIA MODIFICACIÓN:</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"> • Órgano al que se dirige: DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NOMATIVO. • 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). <p>MODIFICACIÓN POR TRASPASO DE PROPIEDAD (CAMBIO DE PROPIETARIO)</p> <p>1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo)</p> <p>2. Documento que acredite el traspaso de propiedad (Escritura de Compraventa debidamente inscrita).</p> <p>3. Fotocopia del carné profesional que actuara como Director médico o representante legal.</p> <p>4. Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.</p> <p>5. Presentación de los planos de las instalaciones físicas, eléctricas, agua potable y aguas residuales del establecimiento, aprobados por la Alcaldía municipal correspondiente.</p> <p>6. Croquis</p> <p>MODIFICACIÓN DE LA DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO.</p> <p>1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo)</p> <p>2. Documento que acredite la modificación de la denominación o razón social (Escritura debidamente inscrita) (Debidamente autenticada o su original para cotejo).</p> <p>3. Fotocopia del carné profesional que actuara como Director médico o representante legal.</p> <p>4. Recibo de pago por los servicios de modificación de Licencia Sanitaria.</p> <p>MODIFICACIÓN POR TRASLADO, REMODELACIÓN O RECONSTRUCCIÓN.</p> <p>1. Poder otorgado al profesional del derecho (debidamente autenticada o su original para cotejo)</p> <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,</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>aprobado por la Alcaldía Municipal correspondiente.</p> <p>AMPLIACIÓN DE BIENES O SERVICIOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>Autorización de Exhumaciones e Inhumación 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, con el fin de optimizar la eficacia y estandarizar las actividades para dar una respuesta satisfactoria y oportuna al cliente mejorando la protección de la salud a la población en general.</p> <p>Exhumar: Desenterrar o extraer un cadáver sepultado.</p> <p>Inhumar: Sepultar o enterrar un cadáver o restos humanos.</p>	<p>Acuerdo No. 1578-2019 5 de Junio del 2019</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 4. Propuesta de Resolución y Certificación de Autorización de Exhumación e Inhumación y/o Traslado de cadáver o Ceniza. 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 Autorización al solicitante en la UAC. 	<p>DEBERA PRESENTAR LOS REQUISITOS SIGUIENTES: PARA EXHUMACIÓN, INHUMACION TRASLADO NACIONAL DE CADAVER, RESTOS HUMANOS Y CENIZAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud dirigida al Director (a) General de Vigilancia del Marco Normativo, presentada por medio de un Abogado. • Carta poder o escritura pública a favor del apoderado legal. • Boleta TGR-1 • Certificado acta de nacimiento o identidad, en su defecto pasaporte o copia de carne de residencia del fallecido. • Certificado de acta de defunción. • Copia de tarjeta de identidad de la persona que otorga confiere poder. • El o la solicitante debe acreditar legalmente el parentesco con el cadáver que se va a exhumar, inhumar y trasladar. • El solicitante deberá acreditar la causa de la muerte. • 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. • Autorización extendida por la Municipalidad para la cremación. <p>REQUISITOS ADICIONAL PARA EL TRASLADO INTERNACIONAL DE CADAVER, CENIZAS Y RESTOS HUMANOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud dirigida al Director (a) General de Vigilancia del Marco Normativo, presentada por medio de un Abogado. • Carta poder o escritura pública a favor del apoderado legal. • Boleta TGR-1 • Certificado acta de nacimiento o identidad, en su defecto pasaporte o copia de carne de residencia del fallecido. • Certificado de acta de defunción. • Copia de tarjeta de identidad o pasaporte de la persona que otorga confiere poder. • El o la 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. 	<p>FOR-Solicitud Autorización</p> <p>FOR-00 Lista de chequeo requisitos Autorización para exhumación e inhumación</p> <p>FOR-Lista de chequeo requisitos Autorización traslado internacional de cadáveres</p> <p>FOR-Providencia de Recibido</p> <p>FOR-Providencia de Admisión</p> <p>FOR-Dictamen</p> <p>FOR-Certificación</p>

				<ul style="list-style-type: none"> • Transbordo si lo hubiere. • No. de vuelo. • Nombre de la empresa que transportara el cadáver. • Lugar donde llegara. • Dirección exacta donde será inhumado. • Autorización judicial de traslado otorgado por el juzgado de Letras de lo criminal de cada jurisdicción. • El solicitante deberá acreditar la causa de la muerte. • 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. • Acreditar que el establecimiento donde se realizó la cremación de restos humanos se encuentra debidamente licenciado. • Autorización extendida por la Municipalidad para la cremación. 	
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	<ol style="list-style-type: none"> 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. 4. Aprobación o No aceptación de Solicitud de Brigada Médica. 5. Entrega en UAC al solicitante. 	<p>Presentar solicitud (Original y copia) con la suma que indique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se solicita Autorización de Brigada Médica con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> • Órgano al que se dirige: DIRECCION 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 realizara 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 respectivos 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 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	Acuerdo No. 1578-2019 5 de Junio del 2019	<ol style="list-style-type: none"> 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 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. 	<p>SOLICITUD , SUMA QUE INDIQUE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>farmacocinética de los principios activos, con el objetivo de establecer su eficacia y seguridad.</p>			<p>LOS ESTUDIOS CLÍNICOS DEBERÁN PRESENTAR COPIA DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>PROTOCOLO DEL INVESTIGADOR</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Curriculum 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). <p>REQUISITOS DE LAS MUESTRAS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOS: (Una vez aprobado el estudio clínico) y únicamente si fueran adquiridas en el extranjero.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	
--	--	--	--	---	--

				<p>vencimiento (Si es menor a seis meses debe presentarle compromiso del director técnico que los utilizara dentro del periodo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	
<p>Certificación a Gestores Descentralizados</p>	<p>Gestor Prestador /Administrador de servicios de salud: Son organizaciones que pueden ser públicas, privadas y mixtas con o sin fines de lucro, comunitarios, religiosos o solidarios, que se certifican voluntariamente para gestionar o administrar servicios de salud.</p> <p>Certificación de Gestor de Servicios de salud: Este proceso se entenderá como un procedimiento voluntario mediante el cual la Secretaria de Salud a través de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo otorga garantía escrita de que una persona jurídica cumple con los requisitos legales, técnicos, financieros y económicos que le permiten ejercer correctamente las prestaciones y funciones esperadas.</p>	<p>Acuerdo 3022-2019, 11 de Septiembre</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. (UAC) Recepción de requisitos y formato de autoevaluación. 2. Recepción de Solicitud y documentos. 3. DEPTO ASP Recepción de expedientes. 4. Evaluación de cuatro componentes que agrupan los criterios que son: legal-administrativa; capacidad patrimonial y gestión financiera; resultados de visitas de seguimiento por la Dirección; e Informe de resultados de la evaluación de seguimiento y 5. Previa Técnica 6. Providencia de admisión o requerimiento y notificación 7. Informe Técnico. 8. Emisión del Dictamen Legal, Resolución y Certificación de la Resolución. 9. Certificación GPASS 10. Aprobación y firma de Resolución, Certificación de la resolución y Certificación del Gestor Prestador/Administrador de Servicios de Salud. 11. Notificación de Resolución y entrega Certificación de Resolución y Certificación de Gestores Original 	<p>PARA LA CERTIFICACIÓN PARA GESTORES PRESTADORES/ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>1. Solicitud de certificación Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/></p> <p>NUEVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testimonio de escritura de declaración de comerciante individual o de constitución social inscrita en el Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil o personería jurídica debidamente autenticada u original para cotejo. • Poder general de administración debidamente autenticada u original para cotejo. • Declaración jurada debidamente autenticada del domicilio del gestor. • Poder otorgado al profesional del derecho debidamente autenticado u original para cotejo del domicilio del gestor. • Croquis del domicilio de la organización. • Condición de la representación legal del Gestor. • Constancia original de solvencia del Servicio de la Administración de Rentas (SAR). • Constancia original de pago de impuestos Municipales. • Constancia original del Instituto Hondureño de Seguridad Social de estar al día en las obligaciones cuando aplique. • Declaración jurada de no tener ninguna de las inhabilitaciones legalmente establecidas para contratar con el estado debidamente autenticada. (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. • Fotocopia de la Licencia Sanitaria vigente de las unidades de salud que formaran parte de la red de servicios otorgada por la SESAL. • Documentos que acrediten la capacidad técnico-administrativo para la gestión o prestación de servicios. • Documentos que acrediten la capacidad patrimonial y gestión financiera del gestor. • Documentos que acrediten la capacidad instalada en recursos humanos, infraestructura y tecnológica para la gestión o prestación de servicios que brindara. • Recibo de pago por derecho de trámite de la Certificación de Gestores Prestadores/Administradores de Servicios de Salud. <p>REQUISITOS RENOVACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de certificación • Poder otorgado al profesional del derecho debidamente autenticado u original para cotejo. • Constancia original de solvencia del Servicio de la 	<p>FOR-145 Solicitud de certificación de gestores FOR-146 Lista de chequeo Certificación de Gestores FOR-147 Declaración Jurada FOR-148 Previa Técnica CG FOR-149 Providencia Admisión CG FOR-150 Providencia Requerimiento CG FOR-151 Notificación Providencia Admisión CG Vía Electrónica FOR-152 Providencia Ordenado CG FOR-153 Providencia Cúmplase CG FOR-15 4 Informe Técnico FOR-154-1 Evaluación de Gestores Componente Legal y Administrativo FOR-154-2 Evaluación de Gestores Componente Organización y Funcionamiento FOR-154-3 Evaluación de Gestores Componente de Capacidad Patrimonial y Gestión Financiera FOR-154-4 Evaluación de Gestores Componente de Experiencia Técnica en la Gestión de la Provisión de Servicios de Salud FOR-155 Dictamen Legal FOR-156 Resolución FOR-157 Certificación de Resolución FOR-158 Certificado de Gestores</p>

				<p>Administración de Rentas (SAR).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración Jurada de no tener ninguna de las inhabilitaciones legalmente establecidas para contratar con el estado debidamente autenticada. (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. • Documentos que acrediten la capacidad patrimonial y gestión financiera del gestor. • Recibo de pago por derecho de trámite de la Certificación de Gestores Prestadores/Administradores de Servicios de Salud. <p>REQUISITOS PARA MODIFICACIÓN</p> <p>MODIFICACION POR CAMBIO DE RAZON SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de certificación • Testimonio de escritura de declaración de comerciante individual o de constitución social inscrita en el Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil o personería jurídica debidamente autenticada u original para cotejo. • Poder otorgado al profesional de derecho debidamente autenticado u original para cotejo. • Constancia original de solvencia del Servicio de la Administración de Rentas (SAR). • Declaración Jurada de no tener ninguna de las inhabilitaciones legalmente establecidas para contratar con el estado debidamente autenticada. (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. • Documentos que acrediten la capacidad patrimonial y gestión financiera del gestor. • Recibo de pago por derecho de trámite de la renovación de la Certificación de Gestores Prestadores/Administradores de Servicios de Salud. <p>MODIFICACIÓN POR CAMBIO EN LA DISMINUCIÓN O AMPLIACIÓN DE SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de certificación • Poder otorgado al profesional de derecho debidamente autenticado u original para cotejo. • Documentos que acrediten la capacidad técnico-administrativo para la gestión o prestación de servicios. • Documentos que acrediten la capacidad instalada en recursos humanos, infraestructura y tecnológica para la gestión o prestación de servicios que brindara. • Documentos que acrediten la capacidad patrimonial y gestión financiera del gestor. • Recibo de pago por derecho de trámite de la modificación a la Certificación de Gestores Prestadores/Administradores de Servicios de Salud. 	
--	--	--	--	--	--