



FORMULARIO UNIFICADO DE SOLICITUD DE PERMISO.

(No dejar espacios en blanco, escribir claro en letra imprenta o de molde, sin tachaduras)

A. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL SE SOLICITA PERMISO.

1	TIPO DE PERMISO SOLICITADO:	Permiso sanitario de funcionamiento (☒) Permiso de habilitación (☐)			
2	MOTIVO DE PRESENTACIÓN:	Primera vez (☐) Renovación (☒)			
3	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:	OFICINA DE VENTA DE TOURS TRETOPIA (No utilice abreviaturas ni símbolos)			
4	CÓDIGO CAECR DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) PRINCIPAL(ES): 7010.0	5	CÓDIGO(S) CAECR DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) ACCESORIA(S): 4719.9 -	6	GRUPO DE RIESGO A (☐) B (☐) C (☒)
7	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD(ES) PRINCIPAL(ES): OFICNA VENTA DE TOURS TREETOPIA				
8	DESCRIPCIÓN DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) ACCESORIA(S): SOUVENIR -				
9	TELÉFONO(S): 4000-7292	10	FAX:	11	APARTADO POSTAL:
12	CORREO ELECTRÓNICO: PABLO@GRUPO415.COM	13	HORARIO DE TRABAJO: 7:00 A.M. - 9:00 P.M.		
14	INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA ACTIVIDADES EN ESTABLECIMIENTOS.				
15	PROVINCIA: Puntarenas	16	CANTÓN: Monteverde	17	DISTRITO: Monteverde
18	SEÑAS ESPECÍFICAS: FRENTE A LA MUNICIPALIDAD DE MONTEVERDE				
19	GEORREFERENCIACION SEGÚN PROYECCION CRTM05	19a	Coordenada X (seis dígitos): 409751	19b	Coordenada Y (siete dígitos): 1141002
20	ÁREA DEL ESTABLECIMIENTO (En metros cuadrados): 624	21	TOTAL DE PERSONAS USUARIAS: 3	22	TOTAL DE PERSONAS TRABAJADORAS: 6
23	EN EL ESTABLECIMIENTO SE UTILIZARÁ O EXPENDERÁ: a. Gas licuado de petróleo (GLP) Sí (☐) No (☒) b. Gas Natural Licuado (GNL) Sí (☐) No (☒)				

24	INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA ACTIVIDADES EN UNIDADES MÓVILES DE SERVICIOS DE SALUD:				
25	TIPO: Vehículo (☐) Remolque (☐)	26	DESPLAZAMIENTO: Terrestre (☐) Acuático (☐) Aéreo (☐)		
27	PLACA:	28	MARCA:	29	MODELO:
30	AÑO:				

B. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE.

31	NOMBRE DEL SOLICITANTE (Persona física o razón social): CUATRO Y UNO CINCO S.A.			32	No. DE IDENTIFICACIÓN: 3-101-864092	
33	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Solo en caso de persona jurídica): JUAN PABLO VALVERDE MONTOYA			34	No. DE IDENTIFICACIÓN: 1-1204-583	
35	CORREO ELECTRÓNICO: PABLO@GRUPO415.COM			36	TELÉFONO(S): 4000-7292	
37	APARTADO POSTAL:	38	FAX:	39	MEDIO DE NOTIFICACIÓN: Correo electrónico	
40	FIRMA DEL SOLICITANTE O DE SU PRESENTANTE LEGAL:				40	AUTENTICACIÓN:

C. INFORMACIÓN DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO O UNIDAD MÓVIL DE SERVICIOS DE SALUD.					
42	NOMBRE DEL PROPIETARIO (Persona física o razón social): PABLO VALVERDE MONTOYA			43	No. DE IDENTIFICACIÓN: 1-1204-583
44	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Solo en caso de persona jurídica):			45	No. DE IDENTIFICACIÓN:
46	CORREO ELECTRÓNICO: PABLO@GRUPO415.COM		37	APARTADO POSTAL:	
48	TELÉFONO(S): 4000-7292	49	FAX:	50	MEDIO DE NOTIFICACIÓN: Correo electrónico
D. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL CASO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.					
51	NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:				
52	No. DE IDENTIFICACIÓN:	53	PROFESIÓN:	54	CÓDIGO PROFESIONAL:
55	CORREO ELECTRÓNICO:		56	APARTADO POSTAL:	
57	TELÉFONO(S):	58	FAX:	59	MEDIO DE NOTIFICACIÓN:
E. PARA USO EXCLUSIVO DEL MINISTERIO DE SALUD.					
60	CÓDIGO CIU.4 VERIFICADO Actividad Principal: 7010.0	61	CÓDIGO(S) CIU.4 VERIFICADO Actividad(es) Accesorio(s): 4719.9	62	GRUPO DE RIESGO A () B () C (X)
63	REQUISITOS DE LA SOLICITUD: La solicitud cumple con todos los requisitos dispuestos en el reglamento vigente para el tipo de permiso solicitado: SÍ (X) NO ()				
64	Nº DE SOLICITUD:			67	SELLO:
65	FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD: Sra. Mailyn González Rodríguez				
66	FECHA Y HORA DE RECIBIDO DE SOLICITUD:				
F. USO EXCLUSIVO PARA SOLICITUDES DEL PERMISO POR PRIMERA VEZ PARA TODAS LAS ACTIVIDADES Y SOLICITUDES DE RENOVACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL GRUPO C.					
El presente formulario con la debida firma del funcionario que recibe la solicitud y sello de la DARS constituirá el certificado del permiso.	PERMISO DEL MINISTERIO DE SALUD No. MS-DRRSPC-DARSMO-MV-PSF-0147-2024 FECHA: martes, 16 de julio de 2024 Tiene validez de: 5 años Fecha vencimiento: lunes, 16 de julio de 2029 Funcionario que aprueba la solicitud: BACH. FABIO ARAYA VILLEGAS Firma:				
					
					
	SELLO				
	GOBIERNO DE COSTA RICA				

INSTRUCTIVO PARA LLENAR FORMULARIO DE SOLICITUD DE PERMISO.

ÍTEM	EXPLICACIÓN
1	Marcar con una “X” la casilla correspondiente: - Permiso sanitario de funcionamiento: para actividades industriales, comerciales y de servicios. - Permiso de habilitación: para servicios de salud.
2	Marcar con una “X” la casilla correspondiente: - Por primera vez: Aplica para actividades que nunca han tenido permiso anteriormente, o que tenían permiso y se venció antes de su renovación. - Renovación: aplica para las actividades que cuentan actualmente con un permiso vigente y está próximo a su vencimiento.
3	Anotar claramente el nombre de la actividad para la cual solicita el permiso, el nombre que se consigne en este espacio será el que aparezca en el certificado del permiso. No corresponde al nombre de la razón social. No utilizar abreviaturas ni símbolos.
4	Anotar el número de código CIU de la o las actividades principales, utilizando como referencia la Clasificación de Actividades Económicas de Costa Rica (CAECR) el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, que está disponible en el sitio web www.ministeriodesalud.go.cr . En caso de dudas debe consultar en la DARS correspondiente. En el caso de las solicitudes de permiso de habilitación solamente se permite consignar una actividad principal.
5	Anotar el número de código CIU de la o las actividades accesorias, utilizando como referencia la Clasificación de Actividades Económicas de Costa Rica (CAECR) el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, que está disponible en el sitio web www.ministeriodesalud.go.cr . En caso de dudas debe consultar en la DARS correspondiente. En el caso de las solicitudes de permiso de habilitación solamente se NO pueden consignar actividades accesorias.
6	Marcar con una “X” la Casilla del grupo de riesgo al que pertenece la actividad principal.
7, 8	Mencione de forma breve las actividades que se desarrollarán, de ser necesario puede utilizar hojas adicionales.
9, 10, 11,	Anote claramente los datos de contacto que apliquen para la actividad.
13	Anotar la hora de inicio y cierre de trabajo en el establecimiento. En caso de funcionamiento ininterrumpido indique 24h/7d.
14	Los datos de esta sección se deben llenar solo para las solicitudes de establecimientos, en caso de no ser así indique “N/A” en cada una de las casillas.
15, 16, 17, 18	Anote de acuerdo con la división territorial vigente, el nombre de la provincia, cantón y distrito donde se ubica el establecimiento. NO UTILICE CÓDIGOS, NI NÚMEROS, NI ABREVIATURAS, NI PALABRAS COMO CENTRAL, PRIMERO, SEGUNDO, ETC. Seguido anotar claramente la dirección del establecimiento, señalando calles, avenidas, nombre del barrio y cualquier otra señal que permita ubicar correctamente el establecimiento.
19	La CRTM05 (Proyección Transversal de Mercator) es la proyección oficial para Costa Rica. En la “Coordenada X” o “Longitud Oeste”, se debe ingresar un total de seis dígitos y la “Coordenada Y” o “Latitud Norte”, se debe ingresar un total de siete dígitos. Estas mediciones se pueden hacer directamente si se cuenta con el equipo correspondiente, caso contrario se debe hacer la conversión respectiva; se debe consultar la página web: https://www.snitcr.go.cr/ y utilizar la herramienta de conversión.
20	Anotar el tamaño en metros cuadrados del establecimiento.
21	Indicar el número de personas que asisten al establecimiento en calidad de usuarios (aplica en caso de sitios de reunión pública o cualquier otro establecimiento donde acudan personas para recibir un servicio). No incluye los trabajadores
22	Anotar el número total de personas trabajadoras que laboran al mismo tiempo en el establecimiento.
23	Indicar si en el establecimiento se utilizará o expenderá cualquiera de las sustancias mencionadas.
24	Los datos de esta sección se deben llenar solo para las solicitudes de unidades móviles de servicios de salud, en caso de no ser así indique “N/A” en cada una de las casillas.
25, 26, 27, 28, 29, 30	Indique los datos que permitan identificar al vehículo.

ÍTEM	EXPLICACIÓN
31	Anotar el nombre completo de la persona física o razón social (persona jurídica) que solicita el permiso.
32	En caso de personas físicas, anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carne provisional de permiso laboral categoría especial del solicitante. En caso de una persona jurídica, anotar el número de cédula jurídica.
33	Anotar el nombre completo de la persona física que sea el representante legal, solamente aplica en los casos que el solicitante sea una persona jurídica.
34	Anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carne provisional de permiso laboral categoría especial del representante legal.
35, 36, 37, 38	Anote claramente los datos de contacto que apliquen para el solicitante o su representante legal.
39	Indique cual es el medio elegido para ser notificado de cualquier acto administrativo: correo electrónico, teléfono, apartado postal, fax o en el establecimiento.
40, 41	En este espacio se debe consignar la firma de persona física o jurídica de la persona interesada en desarrollar la actividad. En caso de que no sea el solicitante o su representante legal quien presente la solicitud, esta firma debe ser autenticada por un abogado.
42	Anotar el nombre completo de la persona física o razón social (persona jurídica) que sea el propietario del establecimiento o unidad móvil de servicios de salud para la que se solicita el permiso.
43	En caso de que el propietario sea una persona física, anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carné provisional de permiso laboral categoría especial del solicitante. En caso de una persona jurídica, anotar el número de cédula jurídica.
44	Anotar el nombre completo de la persona física que sea el representante legal, solamente aplica en los casos que el propietario sea una persona jurídica.
45	Anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carne provisional de permiso laboral categoría especial del representante legal.
46, 47, 48, 49	Anote claramente los datos de contacto que apliquen para el propietario o su representante legal.
50	Indique cual es el medio elegido para ser notificado de cualquier acto administrativo: correo electrónico, teléfono, apartado postal, fax o en el establecimiento.
51	Anotar el nombre completo de la persona física que asumirá la responsabilidad del desarrollo y coordinación de las labores asistenciales en el servicio de salud.
52	Anotar el número de cédula de identidad, DIMEX, carné provisional de permiso laboral o carne provisional de permiso laboral categoría especial del responsable técnico del servicio de salud.
53, 54	Anotar la profesión que ejercer el responsable técnico en el servicio de salud y el código asignado por el colegio profesional respectivo.
55, 56, 57, 58	Anote claramente los datos de contacto que apliquen para el responsable técnico del servicio de salud.
59	Indique cual es el medio elegido para ser notificado de cualquier acto administrativo: correo electrónico, teléfono, apartado postal, fax o en el establecimiento.
60, 61, 62	El funcionario que recibe la solicitud debe verificar y anotar el CIU y riesgo de la o las actividades principales de la actividad.
63	El funcionario que recibe la solicitud debe verificar y estipular si la solicitud cumple con todos los requisitos establecidos en la reglamentación vigente para el tipo de permiso solicitado, utilizando las guías institucionales diseñadas para tal efecto.
64	El funcionario que recibe la solicitud debe anotar el número de solicitud consecutivo del trámite.
65	El funcionario que recibe la solicitud debe indicar su nombre completo.
66	El funcionario que recibe la solicitud debe anotar la fecha en que se recibió la solicitud.
67	El funcionario que recibe la solicitud debe estampar el sello de la DARS.