

Formulario único para Apertura y Renovación o Actualización de Empresas para actividades de bajo riesgo del Ministerio de Salud y de Comercialización y Servicios de SENASA
Gobiernos Locales de Cóbano, Lepanto, Nandayure, Hojancha, Nicoya, Santa Cruz y Carrillo



Fecha de recibido: _____ N° de trámite: _____

1) Motivo de la presentación: Primera vez () Renovación o Actualización ()

A. Datos del Solicitante o Representante Legal

2) Nombre del solicitante: _____
 3) Cédula de identidad: _____ 4) En calidad de Apoderado () o Representante legal () de la Sociedad Denominada (Razón social): _____
 Cédula Jurídica: _____
 5) Ubicación: Provincia: _____ Cantón: _____
 Distrito: _____ Barrio: _____
 6) Dirección exacta: _____
 7) Teléfono Domicilio: _____ 8) Fax: _____
 9) Celular: _____ 10) Correo electrónico: _____
 11) Señalo medio para recibir notificaciones según ley 8687: _____

B. Datos del Propietario del Local o Establecimiento

12) Nombre del propietario: _____ 13) Cédula: _____
 14) Teléfono Domicilio: _____ 15) Fax: _____
 16) Señalo medio para recibir notificaciones según ley 8687: _____
 17) Celular: _____ 18) Correo electrónico: _____
 19) Firma dueño de la propiedad como autorización para realizar la actividad descrita: _____

C. Datos del Establecimiento o Propiedad donde se realiza la actividad

20) Nombre Comercial: _____
 21) Descripción de la actividad: _____
 22) Actividades secundarias: _____
 23) Ubicación: Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
 24) Dirección exacta: _____
 25) N. De Finca: _____ 26) N. De Plano: _____
 27) Área de trabajo en metros cuadrados: _____
 28) Horario de trabajo: Apertura: _____ Cierre: _____
 29) Cantidad de Trabajadores: Mujeres: _____ Hombres: _____ incluye al solicitante en la cantidad de trabajadores: Si _____ No _____
 30) Página web: _____
 Cantidad de Trabajadores Calificados: _____ No Calificados: _____
 31) **Uso de oficina:** Clasificación de actividad SENASA: pequeña () mediana () grande ()
 32) **Uso de Oficina:** Clasificación de código CIU del Ministerio de Salud: _____
 33) El inmueble que está instalado el establecimiento es: propio () arrendado () concesionado () otro ()

D. Ingresos o Proyección de Ingresos de la Licencia Comercial

Solamente aplica para los Gobiernos Locales de Cóbano, Lepanto, Nandayure y Santa Cruz

Salarios Mensuales: ₡ _____ Alquiler mensual: ₡ _____
 Mobiliario, equipo: ₡ _____ Edificio e instalaciones: ₡ _____
 Venta o Proyección de Ingresos brutos: ₡ _____ Venta o Proyección de ingresos netos: ₡ _____

Condiciones del local			
Característica	Bueno	Regular	Malo
Paredes			
Pisos			
Techo			
Pintura			

Antigüedad:	Menos de 5 años ()	De 5 a 10 años ()	Mayor de 10 años ()
Ubicación:	Rural ()	Urbana ()	Comercial ()
Horario:	Menos de 12h ()	De 12 a 16 h ()	Mayor de 16 h ()

DECLARACIÓN JURADA PARA TRÁMITES DE SOLICITUD DE LICENCIA COMERCIAL

Yo: _____ con cédula de identidad: _____ en mi condición de Persona física () Jurídica () solicito sea otorgado el permiso que señala la Ley Orgánica del Ministerio de Salud () o Certificado Veterinario de Operación requerido en la Ley General del Servicio Nacional de Salud Animal (), debidamente apercibido de que de no decir la verdad incurso en el delito de perjurio sancionado con pena de prisión según el Código Penal artículo 318, declaro bajo fe de juramento lo siguiente:

Primero. -- Que conozco la legislación aplicable a la actividad señalada en el presente formulario único que se realizará en el establecimiento indicado y que éste cumple con toda la normativa establecida para el caso en concreto.

Segundo. — Que la información que contiene el formulario unificado es verdadera.

Tercero. — Que en cumplimiento de lo establecido en los artículos 44, 74 y 74 bis de la Ley N°17 del 22 de octubre de 1943 “Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social” y el artículo 66 del Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, me comprometo a la inscripción como patrono, trabajador independiente o en ambas modalidades dentro de los ocho días siguientes al inicio de la actividad. Así mismo, declaro estar al día en el pago de mis obligaciones con esa institución.

Cuarto. —Que cumplo con lo establecido en el artículo 35 de la Ley N° 9028 del 22 de marzo de 2012 “Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud” y con los artículos 60 y 61 del Reglamento a la Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, aprobado mediante el decreto ejecutivo N° 37185-S de 26 de junio de 2012), y sus reformas.

Quinto.— Así mismo, me comprometo a mantener las condiciones debidas por el tiempo de vigencia del permiso y cumplir con los términos de la normativa antes indicada y del Decreto Ejecutivo N. 34859-MAG, “Reglamento General para el Otorgamiento del Certificado Veterinario de Operación”, por ser requisito indispensable para la operación de mi establecimiento; de igual forma me comprometo a que todos los servicios brindados y los productos, equipos y materiales que se comercialicen o utilicen dentro del establecimiento que represento, estarán debidamente autorizados por el Ministerio de Salud y a cumplir con lo estipulado en el Decreto Ejecutivo N. 39472-S, “Reglamento General para Autorizaciones y PSF Otorgados por el Ministerio de Salud”. Me comprometo a no ampliar o cambiar de actividad sin la autorización previa del Ministerio de Salud o de SENASA según sea el caso.

Sexto. — Por lo anterior, quedo apercibido de las consecuencias legales y judiciales, con que la legislación castiga los delitos de perjurio y falso testimonio. Así mismo, exonero de toda responsabilidad a las autoridades del Ministerio de Salud, del Servicio Nacional de Salud Animal y a la Municipalidad por el otorgamiento del PSF, CVO y Licencia Comercial con base en lo declarado bajo fe de juramento en la presente declaración, y soy conocedor de que si la municipalidad, la autoridad de Salud o de SENASA llegase a corroborar alguna falsedad en la presente declaración, errores u omisiones en los documentos aportados, o que los servicios prestados y/o los productos comercializados dentro de mi establecimiento no cuentan con la debida autorización sanitaria, suspenderá o cancelará el PSF o CVO y la licencia comercial.

Sétimo. — Que el establecimiento cumple con lo estipulado en la Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad, Ley 7600 y su Reglamento en lo concerniente al acceso y a las instalaciones físicas.

Es todo.

Firmo en _____ a las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____.

Firma: _____

Autorización a terceros: Si el trámite es realizado por un tercero, se debe adjuntar autorización con firma autenticada.

Cuentas bancarias del Ministerio de Salud - Cédula Jurídica: 3-110-728227

- **Banco Nacional de Costa Rica:**
- **En \$ Dólares:** 617477-5
BNCR Fideicomiso 872-1-7
Cuenta cliente: 15100010026174771
- **En c Colones:** 213715-6
BNCR Fideicomiso 872-1-7
Cuenta cliente: 15100010012137157

Cuentas Bancarias de Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA) - Cédula Jurídica: 3-007-475726

- **Banco Nacional de Costa Rica:**
En colones – cuenta corriente: 100-01-061-000890-1
Cuenta cliente: 15106110010008909
- **Banco de Costa Rica:**
En colones – cuenta corriente: 001262585-7
Cuenta cliente: 15201001026258572

Verificación	Listado de requisitos entregados para RESOLUCIÓN DE UBICACIÓN (para uso interno)
	Formulario único y declaración jurada debidamente llenos
	Presentar la cédula de identidad o cédula de residencia libre de condición o DIMEX en caso de ser extranjero
	Presentar certificación de personería jurídica con una fecha de emisión máxima de tres meses. Las certificaciones digitales expedidas por el Registro Público, tendrán una vigencia de quince días hábiles.
	Plano catastrado (se revisa internamente en la municipalidad, pero si el mismo no se encuentra en la base de datos el solicitante deberá presentarlo físicamente)
Verificación	Listado de requisitos entregados para LICENCIA COMERCIAL (para uso interno)
	Presentar Póliza de riesgos de trabajo emitida por entidad aseguradora o exoneración
	Estar inscrito como contribuyente ante el Ministerio de Hacienda para la actividad solicitada
	Contrato de arrendamiento. En caso de que no exista contrato por escrito se deberá presentar una nota de autorización del propietario del inmueble cuya firma deberá estar debidamente autenticada.
	Cien colones en timbres fiscales o pago del entero.
	Presentar comprobante de pago a favor del Servicio Nacional de Salud Animal del MAG o a favor del Ministerio de Salud, según corresponda, o bien, el comprobante de exoneración del pago extendido por el IMAS.
	Regente o asesor médico veterinario aprobado por el Colegio de Médicos Veterinarios (cuando aplique)
	Presentar Autorización por concepto de derechos de autor ACAM (cuando aplique)
Verificación	Revisión interna (usuario no debe presentarlos pero si su cumplimiento)
	Que el solicitante se encuentre al día en los pagos correspondientes a la Caja Costarricense de Seguro Social y FODESAF
	Que el solicitante y el dueño del inmueble donde se va a desarrollar la actividad, estén al día en el pago de impuestos y servicios (tasas o multas) municipales.
	Ministerio de Salud: revisa en el sistema que el solicitante no se encuentre moroso en el Registro de Infractores, Ley No. 9028 "Ley General del Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud"

Nota: La Municipalidad revisará internamente el estudio registral de la propiedad a efectos de verificar que coincida la información que ahí consta con la información aportada en el formulario y contrato de arrendamiento. Al no ser una certificación no se cobrará al usuario.

Para renovación del Permiso Sanitario de Funcionamiento:

Verificación	Listado de requisitos entregados para RENOVACIÓN del Permiso Sanitario de Funcionamiento
	Formulario único y declaración jurada debidamente llenos
	Presentar comprobante de pago a favor del Ministerio de Salud
	Certificado de verificación de las instalaciones eléctricas vigentes
	Presentar otros requisitos en caso de que hubiera vencido o cambiado el hecho generador

Para actualización de Registro del Certificado Veterinario de Operación:

Verificación	Listado de requisitos entregados para ACTUALIZACIÓN de Registro de Certificado Veterinario de Operación
	Formulario único y declaración jurada debidamente llenos
	Presentar comprobante de pago a favor del Servicio Nacional de Salud Animal del MAG
	Presentar otros requisitos en caso de que hubiera vencido o cambiado el hecho generador

Nombre de funcionario que recibe solicitud: _____ Fecha: _____