MINISTERIO DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS

San Salvador, octubre 2014

Documento Derogado

Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dirección de Salud Ambiental

Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección del Primer Nivel de Atención

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS

San Salvador, El Salvador
2014.

Documento Derogado

AUTORIDADES

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante

Ministra de Salud

Dr. Eduardo Espinoza Fiallos

Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Oscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Documento Derogado

FICHA CATALOGRÁFICA

2014 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS

Tiraje: 1ª. Edición. 2014.

Edición y Distribución
Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección del Primer Nivel de Atención
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 22 05 70 00
Página oficial: http://www.salud.gob.sv

Diseño de proyecto gráfico:
Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

Ministerio de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección del Primer Nivel de Atención. Manual de procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios. San Salvador, El Salvador. C.A.

Documento Derogado

ÍNDICE

	N° de página
Acuerdo.	6
Introducción.	7
I. Objetivos	7
II. Procedimientos:	8
1. Recepción de la solicitud.	9
2. Primera inspección sanitaria.	11
3. Inspección por Área de alcohol y tabaco.	13
4. Revisión y análisis de la documentación proveniente de la UCSF.	15
5. Emisión del permiso solicitado.	16
5. Procedimiento para la reinspección sanitaria.	18
7. Supervisión de las actuaciones de los técnicos de la UCSF.	20
III. Disposiciones Generales	22
IV. Vigencia	23

Documento Derogado

Documento Derogado

MINISTERIO DE SALUD

ACUERDO Nº 1027

San Salvador, 28 de noviembre de 2014.

EL ÓRGANO EJECUTIVO EN EL RAMO DE SALUD

CONSIDERANDO

I. Que el Código de Salud establece en el numeral 4 del Art. 41, la facultad del Titular de esta Cartera de Estado de: organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias;

II. Que la Política Nacional de Salud 2009-2014 determina la importancia de la implementación de la Reforma de Salud en El Salvador, donde se determina entre otros puntos, el fortalecer el rol regulador del Ministerio de Salud y la definición de procesos que permitan prestar un mejor servicio;

III. Que es necesario el ordenamiento y sistematización de los procedimientos relacionados con los trámites para la obtención de permisos sanitarios que emite el Ministerio de Salud a través de sus dependencias, a efectos de desarrollar en forma eficiente, eficaz, efectiva y transparente, el servicio a los usuarios.

POR TANTO: en uso de sus facultades legales,

ACUERDA emitir el siguiente:

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS

INTRODUCCIÓN

Ante los cambios de la estructura administrativa del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, en el contexto de la Reforma de Salud, que es conforme a las nuevas exigencias del desarrollo social y económico del país, que constituyen el marco de referencia para responder de manera integral e integrada el acceso y la calidad de los servicios públicos de salud.

El MINSAL, consciente de la responsabilidad para responder a la sociedad en forma más ágil y efectiva en el proceso de reforma iniciado, demanda una transformación en los procedimientos de atención a la ciudadanía, que conlleve un ordenamiento procedimental y funcional de todas sus dependencias, por lo que se emite el presente instrumento técnico jurídico denominado, "Manual de procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios", siendo para ello importante establecer de manera sistemática procedimientos de conformidad a las atribuciones de los funcionarios y personal técnico, que intervienen en el proceso para la emisión de los permisos sanitarios en las Regiones de Salud del MINSAL.

En ese contexto, la Dirección de Salud Ambiental es la entidad institucional responsable de velar por los procesos de otorgamiento de permisos sanitarios, para lo cual se emite el presente Manual de procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios, que establece de forma sistemática, ordenada y práctica, los pasos a seguir en los procedimientos administrativos.

En el procedimiento intervienen la Región de Salud, el Sistema Básico de Salud Integral, en adelante SIBASI, la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, en adelante UCSF, cada uno en su área de responsabilidad.

I. OBJETIVOS

a) General

Establecer en forma sistemática los procedimientos administrativos de los trámites para la obtención de permisos sanitarios que permitan el otorgamiento en forma eficiente y eficaz, de acuerdo a los instrumentos técnicos jurídicos en el menor tiempo posible.

b) Específicos

1. Describir en forma ordenada y sencilla los pasos a seguir en los procedimientos administrativos para la obtención de permisos sanitarios, de conformidad a las atribuciones de los funcionarios y personal técnico.

2. Facilitar las coordinaciones entre las dependencias que intervienen en los trámites de emisión de permisos sanitarios.

3. Orientar al personal de las dependencias que intervienen en el proceso a seguir en

Documento Derogado

respuesta a las solicitudes.

II. PROCEDIMIENTOS

1. Recepción de la solicitud.
2. Primera inspección sanitaria.
3. Inspección por Area de alcohol y tabaco.
4. Revisión y análisis de la documentación proveniente de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF).
5. Emisión del permiso solicitado.
6. Para la reinspección sanitaria.
7. Supervisión de las actuaciones de los técnicos de la UCSF.

Documento Derogado

PROCEDIMIENTO 1: Recepción de la solicitud.

UNIDAD RESPONSABLE: Área de permisos sanitarios de la Región de Salud respectiva.

OBJETIVO: verificar que las solicitudes ingresadas para trámites de permisos sanitarios cumplan los requisitos jurídicos y administrativos establecidos.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	**PASOS**	**ACTIVIDAD**
Coordinador(a) o técnico del área de permisos sanitarios.	1	Asesorar al interesado en los requisitos y procedimiento para el trámite de la autorización de permisos sanitarios, de acuerdo al instrumento técnico jurídico correspondiente. Orientación, entrega formulario de solicitud y los requisitos con base al instrumento técnico jurídico correspondiente, tales como en lo establecido en los anexos números 1A, 1B, 2A, 2B, 2C.
Coordinador(a) o técnico del área de permisos sanitarios.	2	Revisa la solicitud y documentación que se adjunta, para la determinación si cumple con los requisitos conforme el tipo de establecimiento y las disposiciones técnicas pertinentes. Si la solicitud o documentación está incompleta se devuelve al usuario, adjuntando la hoja de control de requisitos, del anexo número del 2A al 2E, lo cual se debe llenar en duplicado. Si la solicitud y requisitos están completos el técnico remite el expediente a la Unidad Jurídica y llena en duplicado el formulario del Acta de recepción de la solicitud para revisión, del anexo número 2F. Continúa con el paso siguiente.
Coordinador(a) o técnico del área de permisos sanitarios.	3	Remite expediente a la Unidad Jurídica, para el análisis y emisión del dictamen jurídico para la admisibilidad o inadmisibilidad de la petición.
Unidad Jurídica	4	Recibe y revisa la solicitud y documentación legal ingresada y emite dictamen jurídico de acuerdo al anexo 2G, 2H y 2I. Luego remite el expediente adjuntando el dictamen jurídico, al Director(a) Regional o a la persona designada.
Director(a) Regional o persona designada.	5	Recibe expediente, proveniente de la Unidad Jurídica, revisa el dictamen. Firma la Resolución, ordena se notifique o realiza también la notificación en legal forma, ya sea la admisibilidad, inadmisibilidad de la solicitud o prevención según sea el caso, de acuerdo con lo establecido en los formularios de los anexos 2J, 2K. De no haber observaciones continúa en el paso siguiente.
Técnico(a) del área de permisos sanitarios.	6	Elabora, y emite el mandamiento de pago, con base al Acuerdo sobre precios para la venta de productos y prestación de servicios del Fondo de Actividades Especiales del Ministerio de Salud.
Técnico(a) del área de permisos sanitarios.	7	Entrega el original del mandamiento de pago al usuario(a) para que cancele los derechos del trámite, en la colecturía del Fondo de Actividades Especiales, anexos 3A y 3B.
Técnico(a) del área de permisos sanitarios.	8	Recibe y revisa comprobante de cancelación del mandamiento de pago, ya sea factura o crédito fiscal e ingresa la solicitud con documentos adjuntos en original y elabora y entrega al usuario el

Documento Derogado

		comprobante de ingreso debidamente firmado y sellado, y el acta de recepción de la solicitud. El código del comprobante y la solicitud deben coincidir.
Secretaria o técnico (a) del área de permisos sanitarios.	9	Envía copia de solicitud de trámite de permiso de funcionamiento a UCSF del área de responsabilidad a la cual corresponde el establecimiento del que se ha solicitado el permiso sanitario, pudiendo efectuarse, para que se inicie el proceso de inspección: a. A través de medio electrónico a correo institucional del director(a) de la UCSF. b. Por medio de fax. Posteriormente la UCSF debe retirar la copia de dicha solicitud al área de correspondencia de la Región de Salud respectiva.
Secretaria o técnico(a) del área de permisos sanitarios. Técnico(a) del área de permisos sanitarios.	10 11	Confirma la recepción de la solicitud por medio de fax o correo electrónico. Dejando constancia de la recepción de quien recibe, nombre de la persona que recibe, cargo y fecha de recepción. Adjunta la solicitud al expediente, se archiva y se incorpora en base de datos.

LISTA DE FORMATOS QUE SE UTILIZAN EN EL PROCEDIMIENTO 1

No.	Nombre del Formato	Distribución
1	Solicitud	Original: expediente del establecimiento bajo resguardo del Área de permisos sanitarios. Copia: expediente del establecimiento bajo resguardo de Saneamiento de UCSF del área de responsabilidad según competencia.
2	Hoja de control de requisitos.	Original: Área de permisos sanitarios. Copia: usuario
3	Acta de recepción de lo solicitado para revisión	Original: Área de permisos sanitarios. Copia: usuario.
4	Dictamen jurídico	Original: Área de permisos sanitarios. Copia: colaborador jurídico.
5	Autos de prevención o no admisibilidad	Original: Área de permisos sanitarios. Copia: usuario.
6	Acta de recepción de la solicitud	Original: Área de permisos sanitarios. Copia: usuario.
7	Comprobante de ingreso.	Original: usuario.

Documento Derogado

PROCEDIMIENTO 2: Primera inspección sanitaria.

UNIDAD RESPONSABLE: Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF).

OBJETIVO: realizar técnicamente la primera inspección en los establecimientos que solicitan el permiso sanitario, para verificar condiciones sanitarias.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	**PASOS**	**ACTIVIDAD**
Secretaria de UCSF	1	Ingresa la solicitud enviada por la Región de Salud, la registra en libro de control de ingreso de documentos. La entrega al director(a) de la UCSF.
Director(a) de UCSF	2	Ordena se practique inspección, marginando la solicitud recibida al área de Salud Ambiental de la UCSF. Para lo cual tendrá un plazo de diez días hábiles para remitir el informe de la inspección sanitaria al SIBASI, de acuerdo al modelo de formato establecido en el anexo 4. Los pasos No. 1 y 2, deben efectuarse dentro de los primeros dos días hábiles una vez sea recibida la solicitud.
Secretaria o Director(a) de UCSF	3	Entrega al supervisor de saneamiento ambiental la solicitud marginada; en caso que éste no se encuentre entregar a inspector a cargo, quien posteriormente informará al supervisor.
Supervisor(a) local de saneamiento ambiental	4	Recibe la copia de solicitud marginada, anota en el libro de atención de solicitudes de saneamiento ambiental y ordena al inspector(a) técnico(a) de saneamiento, para que efectúe la inspección respectiva y entregándole copia de la solicitud.
Inspector(a) técnico(a) de saneamiento ambiental	5	Recibe copia de la solicitud y firma de recibido, en libro de control de atención de solicitudes y programa inspección en un periodo no mayor de tres días hábiles. Agrega copia de solicitud al expediente del establecimiento. En caso de no tener actuaciones anteriores de dicho establecimiento, debe crear expediente técnico administrativo teniendo como primer folio la solicitud**.**
Inspector(a) técnico(a) de saneamiento ambiental	6	Efectúa inspección de conformidad a los instrumentos técnicos jurídicos aplicables, dejando constancia escrita a través de acta de inspección. Previo a la inspección, puede consultar expediente ingresado en el área de permiso sanitario.
Inspector(a) técnico(a) de saneamiento ambiental	7	Elabora y presentar informe de acuerdo al formato del anexo 4A, 4B y 4C a través del Supervisor(a) Local de Saneamiento al director(a) de la UCSF, anexando toda la documentación de inspección, tales como actas de inspección, fichas de evaluación sanitaria, documento conteniendo observaciones y recomendaciones, y plazos sugeridos para subsanar deficiencias encontradas, así como otros documentos relacionados al trámite. En caso cumple requisitos para otorgar el permiso, emitirá su opinión técnica y anexará al informe la ficha sanitaria original.

Documento Derogado

Supervisor(a) local de saneamiento ambiental	8	Emite Visto Bueno al informe, si está completo y cumple con lo establecido, continua con el paso 10, y anota dicho informe en libro de control de documentos entregados a secretaria. Si no está completo o existen observaciones lo devuelve al inspector(a) de saneamiento ambiental para su corrección. Archiva ficha de evaluación sanitaria original en expediente del establecimiento para su empleo en la reinspección.
Secretaria de UCSF	9	Recibe informe y documentación completa y entregarla a director(a) de UCSF, quien firma y coloca fecha de recibido en libro de saneamiento.
Director(a) de UCSF	10	Recibe y revisa el informe, si existen observaciones este lo devuelve al supervisor de saneamiento para su corrección a la brevedad posible; si está completo lo entrega a la secretaria para que elabore el informe de remisión al Director(a) Regional a través de Coordinador(a) de SIBASI, de acuerdo al formato del anexo número 4D, 4E, 4F, el mismo día de recibida la documentación.
Secretaria de UCSF	11	Anota el informe en libro de control de correspondencia remitida al SIBASI y lo envía con persona delegada.

LISTA DE FORMATOS QUE SE UTILIZAN EN EL PROCEDIMIENTO 2

No.	Nombre del Formato	Distribución
1	Solicitud	Copia: expediente del establecimiento bajo resguardo del Área de saneamiento de la UCSF.
2	Ficha de evaluación sanitaria	Original: expediente del establecimiento, bajo resguardo del Área de saneamiento de la UCSF.
3	Informes	Original: expediente del establecimiento bajo resguardo del Área de permisos sanitarios. Copia: expediente del establecimiento, bajo resguardo del Área de saneamiento de la UCSF.

Documento Derogado

PROCEDIMIENTO 3: Inspección a establecimientos de interés sanitario rutinaria o por solicitud de autorización para las actividades relacionadas con el tabaco y sus productos.

UNIDAD RESPONSABLE: Área de alcohol y tabaco de la Región de Salud respectiva.

OBJETIVO: verificar el cumplimiento de los requisitos legales administrativos y sanitarios establecidos.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	**PASOS**	**ACTIVIDAD**
Inspector(a) del Área de alcohol y tabaco.	1	Recepciona y registra en libro de control de inspecciones y documentos, elabora el respectivo expediente administrativo. Coordina con el inspector de saneamiento de la UCSF respectiva, para la realización de la visita al establecimiento. Hasta el día de la actividad se debe dar a conocer el lugar.
Inspector(a) del Área de alcohol y tabaco.	2	Realiza la inspección dentro de los primeros tres días hábiles posteriores a la recepción de la documentación. Efectúa la inspección de conformidad a los instrumentos técnicos jurídicos aplicables, en caso de existir deficiencias legales o técnico sanitarias se debe dejar recomendaciones, en el plazo que técnica y legalmente debe cumplir, conforme el acta de inspección respectiva.
Inspector(a) del Área de alcohol y tabaco.	3	Efectuar la reinspección verificando el cumplimiento de recomendaciones, mediante los instrumentos de evaluación sanitaria establecida. Si no se ha cumplido con la totalidad las recomendaciones, el inspector(a) podrá establecer un segundo plazo para el cumplimiento de recomendaciones pendientes el cual no podrá exceder al primer plazo extendido. De efectuarse la reinspección y no cumple condiciones para permiso sanitario, se debe consignar en el acta respectiva, citando formalmente al interesado que pase al Área de permisos sanitarios respectiva, en un plazo de cinco días hábiles a consultar sobre el resultado de su petición. En caso que haber dado cumplimiento con todas las recomendaciones emitidas por el técnico del Área del alcohol y tabaco se procederá con el paso 6.
Inspector(a) del Área de alcohol y tabaco.	4	Realiza la segunda reinspección verificando el cumplimiento de recomendaciones, si no se ha cumplido con las recomendaciones, el inspector(a), debe remitir el expediente al asesor jurídico del Área de alcohol y tabaco, anexando el informe técnico tomando como referencia en lo pertinente lo establecido en el anexo 4A
Asesor juridico del Área de alcohol y tabaco.	5	Recibe expediente, proveniente de inspector(a) del Área de alcohol y tabaco. Analiza el informe del técnico, consignado en el expediente respectivo y emite dictamen jurídico proponiendo que se inicie el proceso para la deducción de responsabilidades conforme la Ley para control del tabaco.
Inspector(a) del Área de alcohol y tabaco.	6	Elabora informe favorable conforme lo establecido en el anexo 4D.
Director(a) Regional o persona designada.	6	Recibe expediente, proveniente del Área de alcohol y tabaco, tomando referencia del dictamen, ordena que se extienda lo

Documento Digitado

		solicitado. Remiten el expediente a la secretaria o técnico del Área de permisos sanitarios.
Secretaria del área de permisos sanitarios.	7	Recibe y revisa expediente, proveniente de la Dirección Regional de Salud y continua con el Paso 7 del Procedimiento 5, Emisión del Permiso solicitado.

LISTA DE FORMATOS QUE SE UTILIZAN EN EL PROCEDIMIENTO 3

No.	Nombre del Formato	Distribución
1	Informe favorable	Original: expediente del establecimiento bajo resguardo del área de permisos sanitarios. Copia: expediente del establecimiento bajo resguardo del técnico del Área de alcohol y tabaco.

Documento Derogado

PROCEDIMIENTO 4: Revisión y análisis de la documentación proveniente de la UCSF.

UNIDAD RESPONSABLE: Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).

OBJETIVO: control y análisis de la documentación proveniente de las UCSF, verificando su contenido y la correcta aplicación de las disposiciones técnico sanitarias.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	**PASOS**	**ACTIVIDAD**
Secretaria o asistente administrativa de coordinación del SIBASI	1	Ingresa la documentación remitida por la UCSF, para visto bueno del SIBASI y su posterior entrega a la Región de Salud respectiva.
Coordinador(a) SIBASI	2	Margina la documentación recibida, al técnico idóneo de salud ambiental del SIBASI. Cuando no existieren observaciones que corregir por la UCSF, se tendrá un plazo de tres días hábiles para remitir el informe de la inspección sanitaria a la Región de Salud respectiva.
Técnico(a) de salud ambiental	3	Revisar y analizar la documentación. Puede efectuar la verificación en campo si por la naturaleza de las observaciones realizadas, así lo amerite. Debe llenar el formato de revisión en duplicado, con base al anexo 5. Si la documentación cumple se continúa en el paso 6, caso contrario con el paso 4.
Técnico(a) de salud ambiental	4	Solicita a la UCSF que efectúe las correcciones en un plazo definido acorde al tipo de problema detectado, y devuelve los documentos con la copia de formato de revisión.
Director(a) de UCSF	5	Ordena que se efectúen las correcciones y enviarán documentos al técnico de SIBASI dentro del término del tiempo asignado.
Secretaria o asistente administrativa de coordinación del SIBASI	6	Recibe documentación corregida y avalada por el Director(a) de la UCSF, con el Visto Bueno del técnico(a) de salud ambiental del SIBASI.
Coordinador(a) SIBASI	7	Emite Visto Bueno y delega el envío a la Región de Salud respectiva para el trámite final.
Secretaria o asistente administrativa de Coordinación del SIBASI	8	Lleva control de la correspondencia remitida a la Región de Salud respectiva, llenando el libro de control de documentos remitidos al área de permisos sanitarios, de acuerdo al formato del anexo número 6.

LISTA DE FORMATOS QUE SE UTILIZAN EN EL PROCEDIMIENTO 4

No.	Nombre del Formato	Distribución
1	Formato de revisión de informes procedente de la UCSF.	Original: expediente del establecimiento bajo resguardo del área de permisos sanitarios. Copia: técnico de salud ambiental de SIBASI.

Documento Derogado

PROCEDIMIENTO 5: Emisión del permiso solicitado.

UNIDAD RESPONSABLE: Área de Permisos Sanitarios de la Región de Salud respectiva.

OBJETIVO: realizar de forma sistemática el proceso administrativo de la emisión y entrega de resultados de la solicitud del permiso sanitario.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	**PASOS**	**ACTIVIDAD**
Secretaria del área de permisos sanitarios.	1	Recibe los documentos enviados por las UCSF a través de SIBASI, lo registra en el libro de control de recepción de documentos y los entrega al coordinador del área de permisos sanitarios.
Coordinador(a) del área de permisos sanitarios.	2	Revisa la documentación, si no está completa o tiene observaciones lo devuelve a la UCSF con copia de lo solicitado al SIBASI para su corrección a través de hoja de observaciones, de acuerdo con el anexo 7A; 7B, caso contrario continúa con el paso 3.
Coordinador(a) del área de permisos sanitarios.	3	Separa documentación según sea el caso: a) Documentación para entrega de recomendaciones a usuarios, continuar con paso 4. b) Documentación con dictamen técnico para autorización o denegatoria del permiso, continuar con paso 5.
Secretaria del área de permisos sanitarios.	4	Recibe las recomendaciones, lo registra en libro de control de recomendaciones. Debe sacar copia del documento de observaciones y recomendaciones. Entrega en original el documento conteniendo observaciones y recomendaciones al usuario, quien como constancia firma de recibido en la copia. Adjunta al expediente la copia debidamente firmada.
Técnico(a) del área de permisos sanitarios.	5	Elaborar informe del trámite y Resolución en base a opinión técnica recibida, con base a los anexos 8A y 8B.
Coordinador(a) del área de permisos sanitarios.	6	Revisa expediente, firma informe del trámite y lo entrega a Secretaria del área de permisos sanitarios.
Secretaria del área de permisos sanitarios.	7	Recibe expediente, registra en el libro de control de documentos para permisos y denegatorias, y los entrega a coordinador(a) de la Unidad de Salud Ambiental.
Coordinador(a) de la Unidad de Salud Ambiental	8	Revisa expediente, firma memorando de remisión del trámite, entregándolo a través de Secretaria al Coordinador(a) de Provisión de Servicios para su revisión y firma. En caso de haber observaciones, podrá remitir a colaborador técnico(a) de la Región para supervisión al establecimiento que solicitó el permiso.
Coordinador(a) de Provisión de Servicios.	9	Firma de memorando de remisión, previa revisión.
Secretaria de Provisión de Servicios.	10	Entrega expediente a Secretaria de Unidad Jurídica Regional.

Documento Derogado

Secretaria Unidad Jurídica	11	Recibe expedientes y los entrega al colaborador(a) jurídico asignado.
Colaborador(a) Jurídico	12	Recibe, revisa y analiza el expediente con las Resoluciones. Emite opinión jurídica y lo devuelve a Secretaria de Unidad Jurídica Regional.
Secretaria Unidad Jurídica	13	De haber observaciones, las devuelve con el expediente a área de permisos sanitarios, a fin de subsanar las observaciones. De no haber observaciones, entrega expediente con opinión jurídica a secretaria de la Dirección Regional.
Director(a) de Región de Salud.	14	Revisa y firma Resoluciones.
Secretaria del área de permisos sanitarios.	15	Recibe expedientes y resoluciones. Se encarga de sacar copia de Resoluciones, anota en el libro de registro y entrega las originales al usuario, quien como constancia debe firmar de recibido en copia de resolución. Incorpora documentación al expediente.
Técnico(a) del área de permisos sanitarios.	16	Archiva y resguarda el expediente. Actualiza base de datos, elabora informe de consolidado de Resoluciones y lo remite al SIBASI a través de la Dirección de Región de Salud, para su entrega a las UCSF respectiva.

LISTA DE FORMATOS QUE SE UTILIZAN EN EL PROCEDIMIENTO 5

No.	Nombre del Formato	Distribución
1	Formato de revisión	Original: UCSF Copia: expediente del establecimiento bajo resguardo del Área de permisos sanitarios de la Región de Salud respectiva y SIBASI.

Documento Derogado

PROCEDIMIENTO 6: Para la reinspección sanitaria

UNIDAD RESPONSABLE: Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar(UCSF).

OBJETIVO: verificar administrativamente el cumplimiento de las recomendaciones técnicas emitidas por el inspector de saneamiento ambiental.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	**PASOS**	**ACTIVIDAD**
Supervisor(a) local o inspector(a) técnico de saneamiento ambiental	1	Recibe y ordena al inspector(a) técnico de saneamiento ambiental realice la reinspección de conformidad a los plazos establecidos.
Inspector(a) técnico de Saneamiento Ambiental	2	Efectuar reinspección verificando cumplimiento de recomendaciones, y empleando los instrumentos de evaluación sanitaria establecidos. Si no se ha cumplido con la totalidad de recomendaciones, ni con calificación sanitaria establecida para otorgar el permiso sanitario, el inspector(a) debe consignar en el acta de inspección un plazo adicional para el cumplimiento de recomendaciones el cual no podrá exceder de treinta días, entregando copia del mismo al interesado(a) o al encargado(a) del establecimiento objeto de la inspección. De efectuarse la reinspección final, y no cumplir condiciones para permiso sanitario, se debe consignar en el acta de inspección que pase al área de permisos, en un plazo de treinta días hábiles para consultar sobre su petición.
Inspector(a) técnico de saneamiento ambiental	3	Elaborar y presentar informe al Director(a) de la UCSF a través del Supervisor Local de Saneamiento, anexando toda la documentación de inspección tales como: Actas de inspección conteniendo plazo para efectuar segunda re inspección si fuera el caso. En caso de ser última inspección, emitirá su Dictamen técnico de otorgar o denegar el permiso sanitario solicitado y debe anexar al informe la ficha sanitaria original.
Supervisor(a) Local o inspector técnico de saneamiento Ambiental	4	Emitir Visto Bueno al informe, si está completa y cumple con lo establecido, sigue con el paso 5, y registra dicho informe en libro de control de documentos entregados a secretaria. Si no está completa o existen observaciones la devuelve al inspector(a) técnico para su corrección. Archivar ficha de evaluación sanitaria original en expediente del establecimiento para su empleo en la segunda re inspección.
Secretaria de Dirección	5	Recibir informe y documentación completa y entregarla a director(a) UCSF, quien firma y coloca fecha de recibido en libro de saneamiento.
Director(a) UCSF	6	Recibe y revisa el informe, si está completo lo entrega a la secretaria, de lo contrario solicita se complete la información. Emite Visto Bueno con base a dictamen técnico de saneamiento ambiental y solicita a secretaria que elabore el informe de remisión a Dirección Regional respectiva, a través de SIBASI. En caso se haya otorgado plazo adicional para cumplimiento de las recomendaciones, debe informarlo al área de permisos sanitarios a

Documento Borrador

		través del SIBASI, anexando la documentación original a excepción de ficha de evaluación sanitaria.
Secretaria de Dirección	7	Elabora memorando de remisión de nuevo plazo o dictamen técnico de Resolución de Permiso, con base a los anexos 4D, 4E, y 4F, para la Dirección Regional a través de la Coordinación del SIBASI, el mismo día de recibida la documentación.
Secretaria de Dirección	8	Anotar el informe en libro de control de documentos remitidos al SIBASI.

LISTA DE FORMATOS QUE SE UTILIZAN EN EL PROCEDIMIENTO 6

No.	Nombre del Formato	Distribución
1	Fichas de Evaluación Sanitaria	Original: expediente del establecimiento, bajo resguardo de Saneamiento de UCSF del área de responsabilidad según competencia, para su empleo en reinspección.

Documento Derogado

PROCEDIMIENTO 7: Supervisión de las actuaciones de los técnicos de la UCSF.

UNIDAD RESPONSABLE: Región de Salud y SIBASI, respectivamente.

OBJETIVO: garantizar la aplicación correcta de los instrumentos técnicos jurídicos, ante la emisión de la resolución que deniega el permiso sanitario.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	**PASOS**	**ACTIVIDAD**
Secretaria o asistente administrativa de coordinación del SIBASI	1	Dar ingreso a la documentación enviada por la UCSF para visto bueno del SIBASI y su posterior entrega al Área de Permisos Sanitarios respectiva.
Coordinador(a) SIBASI	2	Marginar la documentación recibida al técnico idóneo de salud ambiental de SIBASI, acorde al tipo de establecimiento, tales como: industria química, alimentos, hospedaje, centro educativo, agroindustria, entre otros. En el plazo de diez días hábiles debe remitir el informe técnico al área de permisos sanitarios.
Técnico(a) de salud ambiental SIBASI	3	Revisar y analizar la documentación con personal de saneamiento de UCSF antes de realizar la visita en campo, documentándolo en libro de supervisiones.
Técnico(a) de salud ambiental SIBASI	4	Programar supervisión en campo, solicitando el acompañamiento de inspector(a) técnico o supervisor(a) local de saneamiento ambiental de la UCSF. Técnico(a) de salud ambiental de SIBASI, debe verificar en el establecimiento del cual se tiene dictamen técnico de denegatoria, a fin de determinar técnicamente si es procedente dicha denegatoria; tomando en consideración aspectos tales como: a) Condiciones sanitarias de funcionamiento y calificación al momento de la supervisión, según fichas sanitarias si existieran para el tipo de establecimiento. b) Pertinencia de recomendaciones. c) Cumplimiento de recomendaciones. d) Plazos que UCSF emitió.
Técnico(a) de salud ambiental SIBASI	5	Elabora y entrega al coordinador(a) de SIBASI, informe técnico emitiendo su opinión, resumiéndose en: a) Confirmar el dictamen técnico de la UCSF referente a denegatoria. b) Plazo especial que técnico de SIBASI con la participación de UCSF, estableció para cumplimiento de las recomendaciones por parte del solicitante del permiso. c) Que el Director(a) de UCSF emita visto bueno con base a dictamen técnico de saneamiento ambiental de SIBASI.

Documento Derogado

Secretaria o asistente administrativa de coordinación del SIBASI	6	Recibe documentación, incluyendo informe del técnico de Salud Ambiental de SIBASI.
Coordinador(a) SIBASI	7	Emitir Visto Bueno y delegar el envío a UCSF o al Área de Permisos Sanitarios Regional respectiva, según sea el caso: a) Confirmación de la Denegatoria continúa en paso 11. b) Modificación de dictamen técnico de UCSF, continúa en paso 8.
Secretaria o asistente administrativa de coordinación del SIBASI	8	Recibe copia de documentación para UCSF, con dictamen técnico de modificación. Llena libro de control de la documentación entregada a UCSF para permisos y lo envía por correspondencia o informa al Nivel Local para que retiren la documentación. Envía informes y documentos al área de permisos sanitarios, a través de correspondencia.
Director(a) UCSF	9	Recibe dictamen técnico de SIBASI y elabora informe con el visto bueno para otorgar el permiso solicitado, de conformidad al informe emitido por el SIBASI.
Secretaria de Dirección de la UCSF	10	Anotar el informe en libro de control de documentos remitidos al SIBASI y lo envía.
Secretaria o asistente administrativa de coordinación del SIBASI	11	Recibe documentación para el área de permisos sanitarios. Llena control de la documentación entregada al Área de Permisos Sanitarios respectiva y lo envía por correspondencia, previa revisión del técnico de SIBASI y Visto Bueno del Coordinador(a) del SIBASI.

LISTA DE FORMATOS QUE SE UTILIZAN EN EL PROCEDIMIENTO 7

No.	Nombre del Formato	Distribución
NO SE UTILIZAN FORMATOS EN ESTE PROCEDIMIENTO		

Documento Derogado

III. DISPOSICIONES GENERALES

Plazos para cumplir recomendaciones

Los plazos para el cumplimiento de las deficiencias sanitarias que se emitián por parte de los servidores públicos, se deben definir por criterio técnico, de la siguiente forma: los de corto plazo, debe ser entre tres y treinta días, y los de mediano plazo que debe ser entre treinta y noventa ambos plazos en días calendario, siempre que medie petición escrita del interesado, podrá ser de mayor término, quedando su aprobación a cargo del Director de Unidad Comunitaria de Salud Familiar, previo el dictamen técnico.

Del incumplimiento del Manual

Todo incumplimiento al presente Manual de procedimientos, será sancionado de acuerdo a lo prescrito en las disposiciones legales administrativas pertinentes.

Anexos

Forman parte integrante del Manual de procedimientos los anexos siguientes:

Anexo 1. Formulario para solicitud de:

A. Permiso para instalación y funcionamiento de establecimientos.

B. Autorización para importación y venta de productos del tabaco.

Anexo 2. Control de requisitos de:

A. Solicitud para establecimiento de alimentos.

B. Solicitud para fábrica de alimentos.

C. Solicitud para establecimiento industrial, comercio y similares, excepto alimentarias.

D. Solicitud de para autorización de importación de tabaco.

E. Solicitud para autorización de venta y comercialización de tabaco.

F. Acta de recepción de lo solicitado para revisión.

G. Dictamen jurídico y resolución de admisibilidad de lo solicitado.

H. Dictamen jurídico y resolución de inadmisibilidad de lo solicitado.

I. Dictamen jurídico y resolución de prevención de la admisión de lo solicitado.

J. Acta de notificación de la admisión de lo solicitado.

K. Acta de notificación de prevención o admisibilidad de lo solicitado.

Documento Derogado

Anexo 3. Comprobante de ingreso del pago por el servicio:

A. De ingreso de solicitud.

B. De solicitud para autorización de productos derivados del tabaco.

Anexo 4. Informes:

A. Informe Interno favorable.

B. Informe Interno por primera re inspección.

C. Informe Interno por segunda re inspección.

D. Informe externo favorable.

E. Informe externo por primera Inspección.

F. Informe externo por re inspección.

Anexo 5. Revisión de informes procedentes de las UCSF.

Anexo 6. Control de remisión de documentación al área de permisos.

Anexo 7. Del Área de Permisos Sanitarios:

A. Observaciones para UCSF.

B. Observaciones para el SIBASI.

Anexo 8. Resoluciones:

A. Para otorgar el permiso.

B. Denegatoria de permiso.

C. Otorgar autorización para productos del tabaco.

IV. VIGENCIA

El presente Manual de procedimientos administrativos, entrará en vigencia a partir de esta fecha. COMUNÍQUESE.

Elvia Violeta Menjivar
Ministra de Salud

Documento Derogado

Anexos

Documento Derogado

ANEXO 1-A
SOLICITUD DE PERMISO DE
INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS

Espacio exclusivo para MINSAL | NUMERO DE SOLICITUD | FECHA DE RECEPCION | MARGINAR A LA UCSF | 1r. PERMISO | RENOVACION

1. Datos del Propietario o Representante Legal — PROPIETARIO — REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NACIONALIDAD

NUMERO DE DUI | NUMERO DE CARNET DE RESIDENTE O PASAPORTE (Solo para extranjero) | CORREO ELECTRONICO | TELEFONO

DIRECCION | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO

2. Datos del Establecimiento

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO | TIPO DE ESTABLECIMIENTO

DIRECCION | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO

INSCRITO AL RC CON EL NUMERO | CAPITAL INSCRITO | NIT | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO

TOTAL DE EMPLEADOS DE PLANTA (EXCLUYENDO ADMINISTRATIVO)

MASCULINO: | FEMENINO:

3. Datos complementarios para las fabricas de alimentos u otros establecimientos alimentarios

DIRECCION EXACTA DE LAS OFICINAS CENTRALES

TELEFONO OFICINA CENTRAL | FAX OFICINA CENTRAL | CORREO ELECT.OFIC.CENTRAL

TIPO DE PRODUCTO QUE ELABORA	LISTA DE PRODUCTOS QUE ELABORA	REGISTRO SANITARIO

SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACION ANEXAR HOJA DE ACUERDO AL FORMATO

4. Datos complementarios para fabricas (excepto alimentaria) Industrias, Comercio y similares.

DIRECCION EXACTA DE LAS OFICINAS CENTRALES

TELEFONO OFICINA CENTRAL | FAX OFICINA CENTRAL | CORREO ELECT.OFIC.CENTRAL

TIPO DE PRODUCTO QUE ELABORA	LISTA DE PRODUCTOS QUE

SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACION ANEXAR HOJA DE ACUERDO AL FORMATO

5. Firma del solicitante

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE (PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL)

FAVOR DE ELABORAR EL CROQUIS DE DISTRIBUCION DE LA PLANTA AL REVERSO DEL FORMULARIO (APLICA UNICAMENTE FABRICAS), NO TIENE QUE ESTAR A ESCALA

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR

Fecha de recepción: _____

Nombre y firma del Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar: _____

Documento Derogado

ANEXO 1-B
SOLICITUD DE PERMISO DE
IMPORTACION Y VENTA DE PRODUCTOS DEL TABACO

NUMERO DE SOLICITUD | FECHA DE RECEPCION | MARGINAR A LA UCSF | ☐ 1ra. VEZ | ☐ RENOVACION

I. Datos del Propietario o Representante Legal ☐ **PROPIETARIO** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL**

NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NACIONALIDAD

NUMERO DE DUI | NUMERO DE CARNET DE RESIDENTE O PASAPORTE (Solo para extranjero) | CORREO ELECTRONICO | TELEFONO

DIRECCION | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO

2. Datos del Establecimiento

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO | TIPO DE ESTABLECIMIENTO

DIRECCION | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO

INSCRITO AL RC CON EL NUMERO | CAPITAL INSCRITO | NIT | TELEFONO | FAX | CORREO

TOTAL DE EMPLEADOS DE PLANTA (EXCLUYENDO ADMINISTRATIVO)

MASCULINO: | FEMENINO:

3. Datos complementarios para personas jurídicas para la importación de productos del tabaco

DIRECCION EXACTA DE LAS OFICINAS CENTRALES

TELEFONO OFICINA CENTRAL | FAX OFICINA CENTRAL | CORREO ELECT.OFIC.CENTRAL

PRODUCTO A IMPORTAR (MARCAS)	CANTIDAD	No. DE FACTURA

SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACION ANEXAR HOJA DE ACUERDO AL FORMATO

4. Datos complementarios para personas jurídicas para la importación de productos del tabaco

DIRECCION EXACTA DE LAS OFICINAS CENTRALES

TELEFONO OFICINA CENTRAL | FAX OFICINA CENTRAL | CORREO ELECT.OFIC.CENTRAL

PRODUCTO EN VENTA (MARCA)	CANTIDAD MENSUAL PROMEDIO DE

SI REQUIERE MAYOR ESPACIO PARA LA INFORMACION ANEXAR HOJA DE ACUERDO AL FORMATO

5. Firma del solicitante

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE (PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL)

Documento Derogado

ANEXO 2 A ([1])
HOJA DE CONTROL DE REQUISITOS DE SOLICITUD PARA ESTABLECIMIENTO DE ALIMENTOS

REGIÓN DE SALUD _____
ÁREA PARA PERMISOS SANITARIOS

Fecha: _____

Nombre_____Propietario ( ) Representante legal ( )

Razón social_____

Nombre del establecimiento: _____

Tipo de permiso: Primera vez ( ) Renovación ( )

Nº	Requisito	SI	NO	Observación
1	Fotocopia de DUI del Representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carné de residente)			
2	Fotocopia de NIT de empresa o persona natural.			
3	Fotocopia de constitución de sociedad.			
4	Credencial de Representante Legal			
5	Certificados de Salud con exámenes clínicos de heces y orina			
6	Programa de control de insectos y roedores.			

Anexos:

Lista de productos que elaboran firmado y sellado	SI ( )	NO ( )
Copia de balance contable	SI ( )	NO ( )
Copia de Permiso vencido (si es renovación)	SI ( )	NO ( )

_____
Nombre y firma de técnico(a)
del Área de permisos sanitarios

_____
Nombre y firma de propietario(a), representante
legal o persona autorizada.

([1]) Reforma Acuerdo Ministerial n.°2321-Bis, de fecha 31 de agosto de 2021.

Documento Derogado

ANEXO 2 B ([1])
HOJA DE CONTROL DE REQUISITOS DE SOLICITUD PARA FABRICAS ALIMENTARIAS

REGIÓN DE SALUD _____
ÁREA PARA PERMISOS SANITARIOS

Fecha: _____

Nombre_____Propietario ( ) Representante legal ( )

Razón social_____

Nombre del establecimiento: _____

Tipo de permiso: Primera vez ( ) Renovación ( )

Nº	Requisito	SI	NO	Observación
1	Fotocopia de DUI del Representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carné de residente)			
2	Fotocopia de NIT de empresa o persona natural.			
3	Fotocopia de constitución de sociedad.			
4	Credencial de Representante Legal			
5	Programa de control de insectos y roedores.			
6	Certificados de Salud con exámenes clínicos de heces y orina			
7	Copia de la certificación de bomberos (cuando sea requerido)			
8	Croquis y distribución de la planta			
9	Programa de capacitación de BPM			

Anexos: Lista de productos que elaboran firmado y sellado SI ( ) NO ( )
Copia de balance contable SI ( ) NO ( )
Copia de Permiso vencido (si es renovación) SI ( ) NO ( )

_____
Nombre y firma de técnico(a)
del Área de permisos sanitarios

_____
Nombre y firma de propietario(a), representante
legal o persona autorizada.

([1]) Reforma Acuerdo Ministerial n.°2321-Bis, de fecha 31 de agosto de 2021.

Documento Derogado

ANEXO 2 C ([1])
HOJA DE CONTROL DE REQUISITOS DE SOLICITUD PARA ESTABLECIMIENTO INDUSTRIAL, COMERCIO Y SIMILARES, excepto alimentarias.

REGIÓN DE SALUD _____
ÁREA PARA PERMISOS SANITARIOS

Fecha: _____

Nombre_____Propietario ( ) Representante legal ( )

Razón social_____

Nombre del establecimiento: _____

Tipo de permiso: Primera vez ( ) Renovación ( )

Nº	Requisito	SI	NO	Observación
1	Fotocopia de DUI del Representante legal o persona natural (en caso de persona extranjera carné de residente)			
2	Fotocopia de NIT de empresa o persona natural.	Nombre y firma de técnico(a) Nombre y firma de propietario(a), representante del Área de permisos sanitarios legal o persona autorizada.		
3	Fotocopia de constitución de sociedad.			
4	Credencial de Representante Legal			
5	Programa de control de insectos y roedores.			
6	Copia de la certificación de bomberos, cuando sea requerido			
7	Croquis y distribución de la planta			
8	Certificados de salud con exámenes generales de heces y orina actuales para manipuladores de alimentos, si lo hubieren.*			

Anexos:
Lista de productos que elaboran firmado y sellado SI ( ) NO ( )
Copia de balance contable (para Industrias y fábricas) SI ( ) NO ( )
Copia de permiso vencido (si es renovación) SI ( ) NO ( )

_____
Nombre y firma de técnico(a)
del Área de permisos sanitarios

_____
Nombre y firma de propietario(a), representante
legal o persona autorizada.

*Adenda Acuerdo Ministerial n.° 1844, de fecha 27 de octubre de 2020, se incorpora.

([1]) Reforma Acuerdo Ministerial n.°2321-Bis, de fecha 31 de agosto de 2021.

Documento Derogado

ANEXO 2 D
HOJA DE CONTROL DE REQUISITOS DE SOLICITUD DE PARA AUTORIZACIÓN DE IMPORTACIÓN DE TABACO

REGIÓN DE SALUD _____
ÁREA PARA PERMISOS SANITARIOS

Fecha: _____

Nombre_____Propietario ( ) Representante legal ( )

Razón social_____

Nombre del establecimiento: _____

Tipo de permiso: Primera vez ( ) Renovación ( )

Nº	Requisito	SI	NO	Observación
1	Presentar formulario de solicitud debidamente lleno.			
2	Copia de permiso de instalación y funcionamiento (permiso sanitario) otorgado por MINSAL			
3	Registro tributario			
4	Fotocopia de DUI del representante legal o persona natural.			
5	Fotocopia de NIT, de la empresa o del propietario si es persona natural.			
6	Fotocopia de escritura de constitución de la sociedad.			
7	Credencial del representante legal vigente inscrita en el CNR.			
8	Si es apoderado, poder especial para tal efecto, en escritura pública debidamente certificada por Notario, o si es con autorización debe de estar autenticada por Notario, con copia de DUI y NIT.			
	NOTA: todos los requisitos anteriormente enumerados tendrán que presentarse autenticados y certificado por Notario.			
9	Declaración jurada ante notario que contenga listado de productos derivados del tabaco a importar. Especificar marcas, nombre comercial y cantidad anual a importar.			
10	Copia de factura del producto a importar.			
11	Presentar empaques primarios y secundarios vacíos de productos a importar.			
12	Listado de clientes o posibles clientes para comercializar el producto.			

_____ _____

Nombre y firma de técnico(a) del Área de permisos sanitarios

Nombre y firma de propietario(a), representante legal o persona autorizada.

Documento Derogado

ANEXO 2 E
HOJA DE CONTROL DE REQUISITOS DE SOLICITUD DE PARA AUTORIZACIÓN DE DISTRIBUCIÓN MAYORISTA, VENTA Y COMERCIALIZACIÓN DE TABACO

REGIÓN DE SALUD _____
ÁREA PARA PERMISOS SANITARIOS

Fecha:_____

Nombre_____Propietario ( ) Representante legal ( )

Razón social_____

Nombre del establecimiento: _____

Tipo de permiso: Primera vez ( ) Renovación ( )

Nº	Requisito	SI	NO	Observación
1	Presentar formulario de solicitud debidamente lleno.			
2	Copia de permiso de instalación y funcionamiento (permiso sanitario) otorgado por MINSAL			
3	Registro tributario			
4	Fotocopia de DUI del representante legal o persona natural.			
5	Fotocopia de NIT, de la empresa o del propietario si es persona natural.			
6	Fotocopia de escritura de constitución de la sociedad.			
7	Credencial del representante legal vigente inscrita en el CNR.			
8	Si es apoderado, poder especial para tal efecto, en escritura pública debidamente certificada por Notario, o si es con autorización debe de estar autenticada por Notario, con copia de DUI y NIT.			
	NOTA: todos los requisitos anteriormente enumerados tendrán que presentarse autenticados y certificado por Notario.			
9	Declaración jurada ante notario que contenga listado de productos derivados del tabaco a vender. Especificar marcas, nombre comercial y número de cigarros que contiene la cajetilla.			
10	Presentar empaques primarios vacíos de productos a vender.			

_____ _____

Nombre y firma de técnico(a) del Área de permisos sanitarios

Nombre y firma de propietario(a), representante legal o persona autorizada.

Documento Derogado

ANEXO 2 F

ACTA DE RECEPCIÓN PARA REVISIÓN DE LO SOLICITADO

En la Región de Salud _____, a las _____horas_____minutos del día_____de _____de dos mil_____. Presente en esta oficina el (la) señor(a)_____, quien se identifica con su Documento_____número_____, en su calidad de_____; se tiene por recibida la petición con la documentación que se adjunta, para efectos de revisión previo a iniciar trámite de permiso sanitario del establecimiento denominado: _____, situado en: _____ _____ _____. En tal sentido se le informa al solicitando que debe presentarse en tres días hábiles a partir de esta fecha, para la notificación correspondiente a su solicitud.

_____

Nombre y firma técnico(a) del Área de permisos sanitarios

_____

Nombre y firma del propietario(a), representante legal o persona autorizada

Documento Derogado

ANEXO 2 G

DICTAMEN JURÍDICO Y RESOLUCIÓN DE ADMISIBILIDAD DE LO SOLICITADO

En la Región de Salud_____,_____, a las_____horas, con_____minutos del día_____del mes de _____de dos mil_____. De acuerdo a la solicitud y documentos adjuntos a la misma y verificando que cumple con los requisitos administrativos, que exigen los instrumentos técnicos jurídicos respectivos, y tomando en consideración el dictamen favorable de la Unidad Jurídica, la Dirección Regional de Salud, RESUELVE:

Admitir la solicitud del señor_____, quien actúa en su calidad de _____ de_____, previa cancelación del mandamiento de pago, y una vez cumplido con este requisito continúese con el trámite.

Notifíquese.

_____

Nombre y firma del Director(a) Regional o a quien delegue

Documento Derogado

ANEXO 2 H

DICTAMEN JURÍDICO Y RESOLUCIÓN DE INADMISIBILIDAD DE LO SOLICITADO

En la Región de Salud_____,_____, a las_____ horas, con _____ minutos del día _____del mes de_____del año dos mil_____. De acuerdo a la solicitud y documentos adjuntos a la misma y con base en el dictamen jurídico que en lo pertinente refiere “”” (transcribir el dictamen de la Unidad Jurídica)__

_____

_____

_____

_____

_____ ””.

En atención a lo antes expuesto el infrascrito Director de la Región de Salud _____ resuelve declarase inadmisible la solicitud de_____.

Notifíquese.

_____

Nombre y firma del Director(a) Regional o a quien delegue

Documento Derogado

ANEXO 2 I

DICTAMEN JURÍDICO Y RESOLUCIÓN DE PREVENCIÓN SOBRE LO SOLICITADO

En la Región de Salud_____,_____, a las_____horas, con_____minutos del día_____del mes_____del año de dos mil_____. De acuerdo a la solicitud y documentos adjuntos a la misma y con base en el dictamen jurídico que en lo pertinente refiere “”” (transcribir el dictamen de la Unidad Jurídica)_____
_____
_____
_____
_____ ”””, por lo que esta Unidad Jurídica es de la opinión que se prevenga al solicitante a fin de que subsane las observaciones antes citadas.

En atención a lo antes expuesto por la Unidad Jurídica, el infrascrito Director de la Región de Salud_____, Resuelve, prevéngase al solicitante subsane en el plazo de tres días hábiles, las observaciones establecidas, caso contrario debe iniciar nuevo trámite.

Notifíquese.

_____
Nombre y firma del Director(a) Regional o a quien delegue

Documento Derogado

ANEXO No. 2 J

ACTA DE NOTIFICACIÓN DE LA ADMISIÓN DE LO SOLICITADO

En la Región de Salud _____. A las_____horas y _____ minutos del día _____ del mes de _____ del año dos mil_____. Presente en esta oficina_____, quien se identifica con su _____ número_____, en su calidad de _____, del establecimiento _____, ubicado en: _____ _____ _____ . Téngase por admitida la solicitud, continúese con el proceso para la extensión de lo solicitado.

_____

Nombre y firma del Director(a) Regional o a quien delegue

Documento Derogado

ANEXO No. 2 K

ACTA DE NOTIFICACIÓN DE PREVENCIÓN O INADMISIBILIDAD DE LO SOLICITADO

El infrascrito notificador de_____. A las_____horas y_____minutos del día_____del mes de_____, del año dos mil ____, constituido en:_____. Notifiqué en legal forma a_____quien es _____ e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad número _____, extendido en_____, explicándole el objeto y efectos del presente acto de comunicación, manifestó quedar entendido de los mismos y entregándole la certificación de la resolución que antecede, quien para constancia firma.

_____

Nombre y firma de la persona notificada

_____

Nombre y firma de la persona que notifica

Documento Derogado

ANEXO 3-A

COMPROBANTE DE INGRESO DE FORMULARIO PARA SOLICITAR PERMISO DE INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS

EL SALVADOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:	PROPIETARIO:
DIRECCION:	

6. Comprobante del Solicitante:

NUMERO DE SOLICITUD	FECHA DE RECEPCION	SELLO DE LA VENTANILLA

PARA CUALQUIER CONSULTA SOBRE SU TRAMITE, LLAMAR AL TELEFONO
DEL AREA DE PERMISOS SANITARIOS

ANEXO 3-B

COMPROBANTE DE INGRESO DE FORMULARIO PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA IMPORTACIÓN Y VENTA DE PRODUCTOS DEL TABACO

EL SALVADOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:	PROPIETARIO:
TIPO DE ESTABLECIMIENTO:	
DIRECCION:	

6. Comprobante del Solicitante:

NUMERO DE SOLICITUD	FECHA DE RECEPCION	SELLO DE LA VENTANILLA

PARA CUALQUIER CONSULTA SOBRE SU TRAMITE, LLAMAR AL TELEFONO
DEL AREA DE PERMISOS SANITARIOS

Documento Derogado

ANEXO Nº 4 A
INFORME INTERNO FAVORABLE.

MEMORANDUM No. _____

Para:

Director(a) Unidad Comunitaria de Salud Familiar _____

De:

Inspector(a) Técnico de Saneamiento Ambiental

A través de:

Supervisor(a) Local Técnico de Saneamiento Ambiental

Fecha:

En atención a solicitud presentada en el área de permisos sanitarios, por el Sr. (a)_____, ( ) persona natural, ( ) representante legal de sociedad _____, propietaria de _____, ubicado en _____.

Por este medio le informo que el día_____de_____de_____se efectuó inspección sanitaria a dicho establecimiento, presenciando la misma el Sr.(a)_____, con cargo de_____. Durante la inspección sanitaria se evaluó el establecimiento con ficha de inspección sanitaria_____ _____obteniendo una calificación de_____.

Las observaciones y recomendaciones correspondientes se detallan en hoja(s) de inspección sanitaria a establecimientos alimentarios. De acuerdo a lo observado en la inspección se otorgará un plazo de _____ días hábiles a partir de la fecha citada en el área de permisos, para solventar las recomendaciones sanitarias indicadas, por lo que el día_____de_____de_____se efectuará visita de control sanitario para constatar su cumplimiento.

Por lo anterior soy de la opinión que se le otorgue el Permiso Sanitario solicitado.

Observaciones
_____
_____
_____
_____
_____

Se anexa:

1. Memorándum interno No. _____
2. Hoja de Inspección Sanitaria entregada a propietario el día de la visita.
3. Hoja de Inspección Sanitaria con observaciones y recomendaciones
4. Ficha(s) sanitaria(s) _____
5. Otros (especificar) _____

Documento Derogado

ANEXO Nº 4 B
INFORME INTERNO POR PRIMERA RE INSPECCIÓN.

MEMORANDUM No. _____

Para:

Director(a) Unidad Comunitaria de Salud Familiar _____

De:

Inspector(a) Técnico de Saneamiento Ambiental

A través de:

Supervisor(a) Local Técnico de Saneamiento Ambiental

Fecha:

En atención a solicitud presentada en el área de permisos sanitarios, por el Sr. (a)_____, ( ) persona natural, ( ) representante legal de sociedad_____propietaria de_____ubicado en _____

Le informo que el día_____de_____de_____se efectuó inspección sanitaria a dicho establecimiento, presenciando la misma el Sr. (a)_____con cargo de _____. Durante la inspección sanitaria se evaluó el establecimiento con ficha de inspección sanitaria_____ _____ obteniendo una calificación de_____.

Las observaciones y recomendaciones correspondientes se detallan en hoja(s) de inspección sanitaria a establecimientos alimentarios. De acuerdo a lo observado en la inspección se otorgará un plazo de_____días hábiles para solventar las recomendaciones sanitarias indicadas, por lo que el día_____de_____de_____se efectuará 1ª re inspección sanitaria para constatar su cumplimiento.

Observaciones
_____
_____
_____
_____
_____

Se anexa:

1. Hoja de Inspección Sanitaria con observaciones y recomendaciones
2. Hoja de Inspección Sanitaria entregada a propietario el día de la visita.
3. _____
4. _____

Documento Derogado

ANEXO Nº 4 C
INFORME INTERNO POR SEGUNDA RE INSPECCIÓN.

MEMORANDUM No. _____

Para:

Director(a) Unidad Comunitaria de Salud Familiar _____

De:

Inspector(a) Técnico de Saneamiento Ambiental

A través de:

Supervisor(a) Local Técnico de Saneamiento Ambiental

Fecha:

En seguimiento al proceso de trámite de permiso sanitario diligenciado en el área de permisos sanitarios, por el Sr.(a)_____( ) persona natural , ( ) representante legal de sociedad_____, propietaria de_____,ubicado en: _____le informo que el día_____de_____de_____se efectuó Primera ( ) Segunda ( ) re inspección sanitaria a dicho establecimiento, acompañando la misma el Sr. (a)_____, con cargo de _____.

Con el objeto de verificar el cumplimento de las recomendaciones emanadas a partir de inspección realizada el día_____de_____de_____, se evaluó el establecimiento con ficha de inspección _____**,** obteniendo una calificación de_____puntos constatándose que:

( ) Las recomendaciones han sido cumplidas satisfactoriamente, por lo que soy de la opinión que se otorgue el permiso solicitado.

( ) Existen recomendaciones pendientes de cumplimiento, siendo los numerales correspondientes descritos en hojas de inspección sanitaria, por lo que se le concede un plazo de_____días hábiles, según visto bueno de esta dirección para poder solventarlas, por lo que se realizará segunda re inspección sanitaria el día_____de_____de_____para constatar su cumplimiento .

Observaciones:
_____
_____

Se anexa:

1. Hoja de inspección sanitaria.
2. _____
3. _____
4. _____

Documento Derogado

ANEXO Nº 4 D
INFORME EXTERNO FAVORABLE

MEMORANDUM No. _____

Para:
Director(a) Región de Salud _____

De:
Director(a) UCSF_____

A través de:
Coordinador(a) SISASI_____

Fecha:

En seguimiento al proceso de trámite de permiso sanitario solicitado en el área de permisos sanitarios, por el Sr. (a)_____, ( ) persona natural, ( ) representante legal de sociedad_____, propietaria del establecimiento (Tipo)_____denominado_____ Ubicado en _____.

Le informo que el día_____de_____de_____se efectuó inspección sanitaria a dicho establecimiento por parte de_____,
Inspector Técnico de Saneamiento Ambiental ( ), Supervisor de Saneamiento Ambiental ( ), presenciando la misma el Sr. (a) _____con cargo de _____. Evaluando el establecimiento con ficha de inspección sanitaria_____
obteniendo una calificación de_____, siendo que para efectos de otorgar el permiso sanitario dicha norma requiere un mínimo de_____.

Por lo anterior y sobre la base de lo encontrado por el Técnico de Saneamiento Ambiental, esta Dirección es de la Opinión se le otorgue el permiso solicitado.

Observaciones:
_____
_____
_____
_____

Se anexa:
1. Informe Interno de Saneamiento Ambiental No._____y anexos adjuntos (originales)
2. Copia de la solicitud firmada y sellada por el director(a) UCSF
3. Hoja de observaciones y recomendaciones a verificar en visita de control.

Documento Derogado

ANEXO Nº 4 E
INFORME EXTERNO POR PRIMERA INSPECCIÓN.

MEMORANDUM No. _____

Para:
Director(a) Región de Salud _____

De:
Director(a) UCSF_____

A través de:
Coordinador(a) SISASI_____

Fecha:

En seguimiento al proceso de trámite de permiso sanitario solicitado en el área de permisos sanitarios, por el Sr. (a)_____, ( ) persona natural, ( ) representante legal de sociedad_____ ,propietaria del establecimiento _____denominado_____
Ubicado en _____
Le informo que el día_____de_____de_____se efectuó inspección sanitaria a dicho establecimiento por parte de_____, Inspector Técnico de Saneamiento Ambiental ( ), Supervisor de Saneamiento Ambiental ( ), presenciando la misma el Sr. (a)_____con cargo de _____.
Durante la inspección se evaluó el establecimiento con ficha de inspección sanitaria_____obteniendo una calificación de_____.

Por lo anterior y sobre la base de lo encontrado por el Técnico de Saneamiento Ambiental, esta Dirección otorga un plazo de_____días hábiles, a partir de la fecha citada en el área de permisos, para solventar las recomendaciones sanitarias indicadas, por lo que el día _____de_____de_____,se efectuará 1ª re inspección sanitaria para constatar su cumplimiento.
Observaciones
_____
_____
_____
_____

Se anexa:

1. Informe Interno de Saneamiento Ambiental No._____y anexos adjuntos.(originales)
2. Copia de la solicitud firmada y sellada por el Director(a) UCSF.
3. _____
4._____

Documento Derogado

ANEXO Nº 4 F
INFORME EXTERNO POR RE INSPECCIÓN

MEMORANDUM No. _____

Para:
Director(a) Región de Salud _____

De:
Director(a) UCSF_____

A través de:
Coordinador(a) SIBASI_____

Fecha:

En seguimiento al proceso de trámite de permiso sanitario solicitado en el área de permisos sanitarios, por el Sr. (a)_____, ( ) persona natural, ( ) representante legal de sociedad_____propietaria del establecimiento _____denominado_____
Ubicado en _____

Le informo que el día_____de_____de_____se efectuó 1ª ( ) 2ª ( ) re inspección sanitaria a dicho establecimiento, por parte de _____ Inspector Técnico de Saneamiento Ambiental ( ), Supervisor de Saneamiento Ambiental ( ), acompañando la misma el Sr. (a) _____,con cargo de_____.

Con el objetivo de verificar el cumplimento de las recomendaciones emanadas a partir de inspección realizada el día_____de_____de_____, se evaluó el establecimiento con ficha de inspección sanitaria _____, obteniendo una calificación de_____puntos, constatando que:

( ) Las recomendaciones han sido cumplidas satisfactoriamente, por lo anterior y sobre la base de lo encontrado por el Técnico de Saneamiento Ambiental, esta Dirección es de la Opinión se le otorgue el permiso solicitado.
.

( ) Existen recomendaciones pendientes de cumplimiento, siendo los numerales correspondientes descritos en hojas de inspección sanitaria. Por lo que se concedió un plazo de_____días hábiles, para poder solventarlas y se realizará 2ª re inspección sanitaria el día_____de_____de _____para constatar su cumplimiento.

Observaciones:
_____
_____
_____

Se anexa:

1. Informe Interno de Saneamiento Ambiental No._____y anexos adjuntos. (Originales)
2. _____

Documento Derogado

ANEXO 5
REVISIÓN DE INFORMES PROCEDENTES DE LAS UCSF

REGIÓN DE SALUD _____
SIBASI_____

Fecha de recibido:_____ Fecha de revisión: _____

Nombre del establecimiento: _____

Dirección:_____

UCSF Responsable: _____

Tipo de Informe: Inspección ( ) Primera Re inspección ( ) Segunda Re inspección ( )
Otro (especificar) _____

Objetivo de la revisión: Revisar y analizar la documentación remitida por las UCSF y garantizar la aplicación de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados al otorgamiento de permisos sanitarios como parte del control de calidad.

	Si cumple	No cumple (existen observaciones)
Resultados de la revisión y análisis de los documentos y aplicación de instrumentos técnico jurídicos		

ESPECIFICAR OBSERVACIONES A SUBSANAR:_____

_____

_____

_____

_____

_____

SI CUMPLE ENVIAR INFORME A	Área de permisos sanitarios, de la Región de Salud respectiva.
NO CUMPLE DEVOLVER DOCUMENTOS A	Unidad Comunitaria de Salud Familiar

_____

Nombre y firma del técnico(a) del SIBASI

Documento Derogado

ANEXO 6

FORMATO DE LIBRO DE REMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN AL ÁREA DE PERMISOS SANITARIOS

No (1)	Fecha y hora de Recibido (2)	Procede de UCS (3)	No. de Memo. (4)	Nombre del establecimiento (5)	Ubicación del establecimiento (6)	Técnico SIBASI (7)	Fecha Recibido en área de permisos sanitarios (8)	Recibe área de permisos sanitarios (9)

Instrucciones para el llenado:

(1) Número correlativo de documentación para en área de permisos sanitarios, con visto bueno de Coordinador(a) de SIBASI.

(2) Fecha y hora de recibido por secretaria o asistente administrativa de coordinación del SIBASI.

(3) UCSF de donde procede la documentación.

(4) Número de memorando procedente de la UCSF, que se envía a través de SIBASI al área de permisos sanitarios.

(5) Nombre del establecimiento de alimentos/comercio/industria/otros, que tramita permiso sanitario.

(6) Ubicación del establecimiento que tramita permiso sanitario.

(7) Referencia del nombre del técnico de SIBASI que revisó documentación.

(8) Fecha de recibido la documentación en el área de permisos sanitarios.

(9) Firma y nombre de persona que recibe en el área de permisos sanitarios.

Documento Derogado

ANEXO 7 A
OBSERVACIONES PARA LA UCS

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD _____

Fecha: _____

Con Atención a: Dr(a). _____
Director(a) de la UCSF.

Nombre del establecimiento: _____

Ubicación:_____

Propietario: _____

OBSERVACIÓN

_____ _____
Nombre del Coordinador(a) del Área de permisos sanitarios Firma y sello

_____

(Espacio para informar al área de permisos sanitarios)

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____
Nombre, firma y sello del Supervisor(a) de Saneamiento Ambiental Firma de Vo. Bo. Director UCSF

C.C. Coordinador(a) de SIBASI

Documento Derogado

ANEXO 7B
OBSERVACIONES PARA EL SIBASI

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD _____

Fecha: _____

Con Atención a: Dr(a). _____
Coordinador(a) de SIBASI

Nombre del establecimiento: _____

Ubicación:_____

Propietario:_____-_____

OBSERVACIÓN

_____ _____
Nombre del Coordinador(a) del Área de permisos sanitarios Firma y sello

Documento Derogado

ANEXO 8 A
RESOLUCIÓN PARA OTORGAR EL PERMISO

MINISTERIO DE SALUD

Nº de Expediente_____ Nº de Resolución_____

El Infrascrito Director(a) de la Región de Salud_____dependencia del Ministerio de Salud, con base en el Artículo_____, del Código de Salud, previos los trámites legales y visto el informe de inspección sanitaria, realizada por el Sr(a)_____**,** Inspector Técnico en Saneamiento Ambiental, procedente de la Dirección de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar_____, por medio del Memorándum No**.**_____**,** así como haber tenido a la vista los detalles de la naturaleza de las actividades a realizar descritos en la documentación anexa a la solicitud, esta Dirección RESUELVE: Conceder el Permiso Sanitario al establecimiento (describir el tipo y nombre):_____; propiedad de_____, cuyas instalaciones están ubicadas en:_____.

El permiso se concede bajo las siguientes condiciones:

1. Dar fiel cumplimiento a los lineamientos sanitarios emanados de esta Dirección en relación con las actividades y compromisos declarados en el proceso de adquisición del presente permiso, e igualmente a los requisitos establecidos en el Código de Salud y demás leyes pertinentes.

2. Acatar las recomendaciones técnicas y observaciones que reciba del personal de Salud Ambiental del Ministerio de Salud en caso de detectarse deficiencias sanitarias en el desarrollo de las actividades.

3. El presente permiso es válido por el término de TRES AÑOS, a partir de esta fecha y tendrá vigencia hasta el día_____siempre y cuando se mantengan las condiciones higiénicas sanitarias que lo hicieron acreedor, caso contrario será revocado siguiendo el debido proceso.

4. El presente permiso es estrictamente sanitario, en consecuencia no autoriza para la realización de ningún tipo de actividad que este regulada por otras leyes o instituciones.

5. Se advierte que este permiso es válido únicamente para el establecimiento y lugar que se indica en esta resolución.

Y para los usos legales que convengan al interesado se extiende la presente en la ciudad de_____, a los_____días, del mes de_____, del año dos mil_____.

_____
Nombre, firma y sello del Director(a) Regional

Documento Derogado

ANEXO 8 B
RESOLUCIÓN DENEGATORIA DE PERMISO

MINISTERIO DE SALUD

Nº de Expediente_____ Nº de Resolución_____

El Infrascrito Director(a) de la Región de Salud_____, dependencia del Ministerio de Salud. En atención a solicitud, presentada por Señor(a)_____, propietario(a), o representante legal de la sociedad_____, para obtener el Permiso Sanitario para el establecimiento:
(Tipo y nombre del establecimiento)_____, ubicado en: _____
Según Memorándum Nº_____, de fecha_____, procedente de la Dirección de la Unidad Comunitaria de Salud, mediante el cual, remite informe de_____, realizada por Técnico de Saneamiento Ambiental de dicha UCSF, en el que consta, que no se han cumplido con todas las recomendaciones de fecha_____de_____de_____.

Por tanto con base en lo anterior y a opinión de la Dirección Local, y esta Dirección de conformidad a las facultades legales que le otorga el Código de salud RESUELVE: denegar el permiso sanitario al establecimiento:
(Tipo y nombre)_____Ubicado en:_____.

Así mismo, se hace saber que al no contar con el permiso sanitario del establecimiento, está infringiendo lo establecido el Artículo_____del Código de Salud y demás disposiciones legales pertinentes, lo se constituye en infracción sanitaria.

Por lo que se le hace saber que su establecimiento no debe continuar operando hasta obtener el Permiso correspondiente, para lo cual podrá presentar una nueva solicitud para trámite de Permiso Sanitario, toda vez y cuando, cumpla con las recomendaciones y con la normativa anteriormente indicada. Caso contrario se adoptarán las medidas legales y administrativas correspondientes.

Y para los usos legales que convengan al interesado se extiende la presente en la ciudad de_____, a los_____días, del mes de_____, del año dos mil_____.

_____
Nombre, firma y sello del Director(a) Regional

Documento Derogado

ANEXO 8 C
RESOLUCIÓN PARA OTORGAR AUTORIZACIÓN DE TABACO Y SUS PRODUCTOS

MINISTERIO DE SALUD

Nº de Expediente_____ Nº de Resolución_____

El Infrascrito Director(a) de la Región de Salud_____, dependencia del Ministerio de Salud, con base en el Artículo_____de la Ley para el Control del Tabaco y a informe técnico, emitido por el inspector técnico del Área de alcohol y tabaco o de saneamiento ambiental, _____, de fecha_____, por medio del Memorándum No._____, así como haber tenido a la vista los detalles de la naturaleza de las actividades a realizar por el solicitante, descritos en la documentación anexa a la solicitud, esta Dirección RESUELVE: Conceder la Autorización para la_____de productos derivados del tabaco a_____, titular de la empresa _____**,** cuyas oficinas administrativas se encuentran ubicadas en:_____.

La Autorización se concede bajo las siguientes condiciones:

1. Dar fiel cumplimiento a los Lineamientos técnicos sanitarios emanados el Ministerio de Salud en relación con las actividades y compromisos declarados en el proceso de adquisición de la presente autorización, e igualmente a los requisitos establecidos en Ley para el Control del Tabaco y demás leyes pertinentes.

2. Acatar las recomendaciones técnicas y observaciones que reciba del personal de Salud Ambiental del Ministerio de Salud en caso de detectarse deficiencias sanitarias en el desarrollo de las actividades.

3. Esta autorización es exclusivamente para los productos detallados en el siguiente cuadro, de ser ampliado deberá solicitar la extensión respectiva.

MARCA	NOMBRE COMERCIAL	CIGARRILLOS POR CAJETILLA

4. La actividad de almacenamiento de los cigarrillos es realizada en bodega de_____, ubicada en_____, los cuales son trasladados directamente a bodegas de los clientes.

5. La presente autorización es válida hasta el_____de_____del año dos mil _____**,** a partir de la fecha de su otorgamiento, siempre y cuando se mantengan las condiciones que lo hicieron acreedor, caso contrario será revocado siguiendo el debido proceso. Finalizado dicho plazo deberá ser renovada en los primeros treinta días del próximo año, según lo establecido el Artículo 8, de la Ley para el Control del Tabaco.

Y para los usos legales que convengan al interesado se extiende la presente en la ciudad de _____**,** a los_____días, del mes de_____, del año dos mil_____**.**

_____
Nombre, firma y sello del Director(a) Regional

Documento Derogado