



FORMULARIO UNIFICADO DE SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO

A. INFORMACION RELATIVA AL ESTABLECIMIENTO Y ACTIVIDAD PARA LA CUAL SOLICITA PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO:

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

1	MOTIVO DE PRESENTACIÓN	2	GRUPO DE RIESGO	3	CÓDIGO(S) CIU:	4	TIPO DE ACTIVIDAD O SERVICIO
	1 ERA VEZ		A B C		7110		♦PRINCIPAL : Arquitectura
	RENOVACION						♦ACCESORIA (S):
5	NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO QUE SOLICITA PSF: Hemeca Arquitectura SA						
6	PROVINCIA: San José	7	CANTON: Puriscal	8	DISTRITO: Santiago		
9	DIRECCIÓN EXACTA DEL ESTABLECIMIENTO (CALLE/AVENIDA Y OTRAS SEÑAS ESPECÍFICAS): Del Banco Popular, 50 metros al Este, edificio Zuma 3 nivel						
10	TELÉFONOS: 2416 8173	11	Nº DE FAX:	12	APDO. POSTAL: 072600	13	CORREO ELECTRÓNICO: info@hemeca.net
14	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ACTIVIDAD O ESTABLECIMIENTO: Hebel Mesen Cano					15	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1-1003 0422
16	TELÉFONOS: 8824-0809	17	Nº DE FAX:	18	APDO. POSTAL: 072600	19	CORREO ELECTRÓNICO: hebel.mesen@hemeca.net
20	LUGAR O MEDIO DE NOTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ACTIVIDAD O ESTABLECIMIENTO: hebel.mesen@hemeca.net						
21	RAZÓN SOCIAL DE LA ACTIVIDAD O ESTABLECIMIENTO: Hemeca Arquitectura SA					22	CÉDULA JURÍDICA: 3-101-410791
23	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL INMUEBLE: Hebel Mesen Cano					24	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1-1003 0422
25	TELÉFONO: 2416-8173	26	Nº DE FAX:	27	APDO. POSTAL: 072600	28	CORREO ELECTRÓNICO: info@hemeca.net
29	LUGAR O MEDIO DE NOTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL INMUEBLE: hebel.mesen@hemeca.net						
30	Nº TOTAL DE EMPLEADOS: 6	31	Nº HOMBRES: 5	32	Nº MUJERES: 1	No. TOTAL DE OCUPANTES: 10	
33	HORARIO DE TRABAJO (APERTURA Y CIERRE): 8:00 am - 5:45			34	HORARIO DE ATENCIÓN DE USUARIOS: 8:00 am - 5:45 pm		
35	ÁREA DE TRABAJO EN METROS CUADRADOS: 60 m²						
36	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS: (Ver instrucciones al dorso usar hojas adicionales si es necesario): Servicios de Ingeniería y Arquitectura						
37	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ACTIVIDAD O ESTABLECIMIENTO: [Firma]			AUTENTICACIÓN: [Firma]			

B. LOS SIGUIENTES ESPACIOS SON DE USO EXCLUSIVO DEL MINISTERIO DE SALUD (Deben llenarse conforme lo señala el instructivo).

38	FECHA DE RECIBIDO DE SOLICITUD: 25-2-19	39	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD: [Firma]
40	SELLO	41	Nº DE SOLICITUD: 9213

C. REQUERIMIENTOS DE LA SOLICITUD

- DECLARACIÓN JURADA, SOLO EN CASO DE SOLICITUD POR PRIMERA VEZ (✓)
- COPIA COMPROBANTE DE PAGO DE SERVICIOS (✓)
- COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, SOLO EN CASO DE SOLICITUD POR PRIMERA VEZ O PARA RENOVACIÓN EN CASO DE HABER VENCIDO (✓)
- CERTIFICACIÓN REGISTRAL O NOTARIAL DE LA PERSONERÍA JURÍDICA VIGENTE, SOLO EN CASO DE SOLICITUD POR PRIMERA VEZ (✓)

D. USO EXCLUSIVO PARA ACTIVIDADES DEL GRUPO C:

Para 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 de Permiso de Funcionamiento.



PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO:

FECHA: 25-2-19

Tiene validez de 5 años.

Fecha vencimiento: 25-02-24

NOMBRE Y FIRMA: [Firma] (Funcionario que recibe la solicitud)



Banco de Costa Rica
25/02/2019 10:28:03

Oficina: 270 Oficina Puriscal
Cajero: 11226718
Documento: 31824853
Formulario: 000000000000
Motivo: 3052

CANC ENTEROS-TASACION

Numero Entero: 000305375610

Tasacion: 318248530
Registros: ENTERO DE TIMBRES
Acto: ENTERO DE TIMBRES
Monto Tasado: 0.01
Descripcion:
Boleta:
Finca/Motor:

TIMBRE FISCAL 125.00
TIMBRE ARCHIVO NA 5.00
TIMBRE COLEGIO DE 275.00

Moneda de Transaccion: COLONES

Sub Tot. Timbres: *****405.00
Descuento: *****24.30
Total Timbres: *****380.70

Total DGTD: *****0.00

DESGLOSE DE LA TRANSACCION

Efectivo: *****380.70
Valores: *****0.00
Total: *****380.70

Monto en letras:

TRESCIENTOS OCHENTA COLONES CON
SETENTA CTS.

000109460838

BCR OFICINA
Banco de Costa Rica PURISCAL

25 FEB. 2019

ERICKA MURILLO QUIROS
CAJERA

A SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO (PSF)

PSF por primera vez: Aplica para establecimientos, empresas o negocios que nunca han solicitado PSF, para que van a iniciar operaciones.

ión PSF: aplica para todos los establecimientos, empresas o negocios a los cuales se les ha otorgado el PSF y otra a un mes de su vencimiento.

En una "x" la Casilla del grupo de riesgo al que pertenece la actividad, para la cual usted solicita PSF. (Ver o. 1 **Tabla de clasificación de establecimientos y actividades según riesgo sanitario ambiental del Reglamento**).

número de código que la "clasificación industrial internacional uniforme" asigna a su actividad, usando referencia el anexo 1 del presente Reglamento. Si existen varias actividades principales con distintos códigos CIU, indicarse todos estos.

tipo de actividad principal (aquella actividad que se considera de mayor riesgo sanitario o ambiental según se el Anexo No. 1 del presente Reglamento) que desarrolla dentro de su establecimiento. En caso desarrollar otra ad (es) accesoria (s) (aquella actividad que se lleva a cabo en un establecimiento como complemento de su principal, depende de esta última y pertenece al mismo propietario o representante legal), se deben señalar. ramente el nombre comercial del establecimiento, empresa o negocio para el cual solicita el PSF.

acuerdo a la división territorial existente, el número asignado a la provincia, cantón y distrito donde se ubica el niento, empresa o negocio.

ramente la dirección, del local, señalando calles, avenidas, nombre del barrio y cualquier otra seña que permita rrectamente el establecimiento, empresa o negocio.

ramente los números telefónicos, fax, apartado postal y correo electrónico, con el fin de mantener una vía de comunicación con la empresa cuando las circunstancias lo ameriten.

e ser persona física debe anotar forma legible el nombre y apellidos del representante legal de la actividad o ecimiento. Si es persona jurídica indicar el nombre y apellidos del representante legal.

número de documento de identidad vigente respectivo.

ramente los números telefónicos, fax, apartado postal y correo electrónico del Representante Legal de la o establecimiento, con el fin de mantener una vía oportuna de comunicación con la empresa cuando las cias lo ameriten.

n forma legible la dirección o medio para recibir notificaciones y cualquier otra seña que permita ubicar ante al representante legal del la actividad o establecimiento.

ramente la razón social de la actividad o establecimiento y el número de cédula jurídica

ombre y apellidos, del representante legal del inmueble su N° de documento de identidad.

ramente los números telefónicos, fax, apartado postal y correo electrónico del Representante Legal del inmueble e mantener una vía oportuna de comunicación con la empresa cuando las circunstancias lo ameriten.

forma legible la dirección para recibir notificaciones y cualquier otra seña que permita ubicar correctamente al ante Legal del inmueble.

suma total de trabajadores que laboran en el establecimiento, empresa o negocio, seguidamente anotar el pleados según sexo.

número de personas que asisten al establecimiento en calidad de clientes o usuarios (aplica en caso de sitios de blica o cualquier otro establecimiento donde se reúnan personas para recibir un servicio).

ornada laboral diaria, que incluya la hora de inicio y final de labores, por ejemplo: 1 turno de 8 horas, de 8am a

ora de inicio de atención a los usuarios y la hora en que finaliza. Cuando sea diferente al horario de trabajo.

amaño en metros cuadrados del local o establecimiento.

n forma detallada la oferta de servicios que prestará el establecimiento, indicar principalmente lo referente a procedimientos (si el espacio no es suficiente puede hacerlo en hojas adicionales).

pacio se debe consignar la firma del Representante Legal de la actividad o establecimiento. En caso de que no resentante Legal de la actividad quien presente la solicitud, esta firma debe ser autenticada por un abogado.