

Formulario único para Apertura de Empresas para actividades de bajo riesgo del Ministerio de Salud y de Comercialización y Servicios de SENASA - Región Chorotega



Fecha de recibido: _____

N° de Tramite: _____

1) Motivo de la presentación: Primera Vez: ☐ Renovación o Actualización ☐

A. Datos del Solicitante o Representante Legal

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

B. Datos del Propietario del Local o Establecimiento

12) Nombre del Propietario: _____
 13) Nombre del Representante legal: _____
 14) Cedula del Propietario: _____ 15) Cedula Representante Legal: _____
 16) Teléfono Domicilio: _____ 17) Correo Electrónico: _____
 18) Celular: _____ 19) Medio para notificaciones: _____
 20) Firma del dueño de la propiedad como autorización para realizar la actividad descrita: _____

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

21) Nombre del Comercial: _____
 22) Descripción de la actividad: _____
 23) Actividades secundarias: _____
 24) Ubicación: Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
 26) Dirección exacta: _____
 27) Número de Finca: _____ 28) N° de Plano Catastrado: _____
 29) Área de trabajo en m²: _____
 30) Horario de trabajo: Apertura: _____ Cierre: _____
 31) Cantidad de Trabajadores: Mujeres: _____ Hombres: _____ incluye al solicitante en la cantidad de trabajadores
 Si _____ No: _____ 32) Página Web: _____
 Cantidad de Trabajadores Calificados: _____ No Calificados: _____
 33) Condición del Local: (X) Excelente Buena ☐ Regular ☐ Deficiente ☐
 34) **Uso de oficina:** Clasificación de actividad SENASA: pequeña () mediana ☐ grande ☐
 35) **Uso de Oficina:** Clasificación de código CIU del Ministerio de Salud: _____
 36) El inmueble que esta instalado el establecimiento es: propio () arrendado ☐ concesionado () otro ☐

**DECLARACION JURADA PARA APERTURA Y RENOVACION O ACTUALIZACION DE EMPRESAS PARA ACTIVIDADES DE BAJO RIESGO DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE
COMERCIALIZACION Y SERVICIOS DE SENASA, GOBIERNOS LOCALES DE COBANO, LEPANTO, NADAYURES, HOJANCHA, NICOYA, SANTA CRUZ Y CARRILLO**

Yo: _____ con cedula de identidad: _____

en mi condicion de Persona Física ☐ Jurídica ☐ solicito sea otorgado el permiso que
señala la Ley Órganica del Ministerio de Salud ☐ o Certificado Veterinario de Operación requerido en la Ley
General del Servicio Nacional de Salud Animal ☐ o Actualización de registro del establecimiento ☐

a mi representada, debidamente apercibido de que no decir la verdad incurro en el delito de perjurio sancionado con pena de prisión según
el Código Penal artículo 318, declaro bajo fé 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 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 del Seguro Social" y el artículo 66 del Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro
Social, me comprometo a la inscripción como patrono trabajador independiente en ambas modalidades dentro de los ocho días siguientes al
inicio de la actividad. Asimismo, me comprometo a estar al día en el pago de mis obligaciones con esa institución, una vez que realice la
inscripción.

Cuarto.- Que cumpla 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, aprobado mediante el Decreto Ejecutivo N°37185-S de 26 de Junio de 2012 y sus reformas,

Quinto.- Asimismo, 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 el 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, estaran
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 Permisos sanitarios de Funcionamiento (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.- Que el establecimiento reúne los requisitos y condiciones físicas y sanitarias exigidas para su funcionamiento,

Sétimo.- 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.

Octavo.- 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.

Noveno.- Actualización de registro del establecimiento. Que el establecimiento se mantiene igual al momento en se le otorgo el CVO si ☐
no ☐ Indicar cambio: ☐ representante legal: ☐ propietario ☐

responsable () Cambio o adiciono actividad(es) del mismo "Tipo". El traslado del establecimiento o cambio en el Tipo de
Actividad, requieren SOLICITAR CVO NUEVO y cumplir con todos los requisitos para tal fin, El CVO anterior debe ser devuelto a SENASA
para su anulación.

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

Firma: _____

Para Solicitud o Renovación de:

PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO cancelar \$30 o su equivalente en colones en las siguientes cuentas:

Cuentas Bancarias del Ministerio de Salud-Cedula Jurídica: 3-110-728227

BANCO	MONEDA	CUENTA CORRIENTE	CUENTA CLIENTE	IBAN
BNCR	DOLARES	617477-5 BNCR Fideicomiso 872-1-7	15100010026174771	CR76015100010026174771
BNCR	COLONES	213715-6 BNCR Fideicomiso 872-1-7	15100010012137157	CR85015100010012137157

TARIFAS SENASA 2022

CODIGO	NUEVO	CODIGO	Actualización
G.03.01 CVO grande	₡ 85.384	G.04.01	₡ 42.690
G.03.02 CVO mediano	₡ 59.768	G.04.02	₡ 29.887
G.03.03 CVO pequeño	₡ 37.655	G.04.03	₡ 17.074

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

BANCO	MONEDA	CUENTA CORRIENTE	CUENTA CLIENTE	IBAN
BNCR	DOLARES	100-01-061-000890-1	15106110010008909	CR788015106110010008909
BNCR	COLONES	001-262585-7	15201001026258572	CR23015201001026258572

Solicitud Nueva por Primera Vez

Verificación	Listado de requisitos entregados para RESOLUCIÓN DE UBICACIÓN (Para uso Interno).
	Formulario único y declaración jurada debidamente llenos.
	Presentar la cédula de identidad en caso de ser costarricense, o DIMEX (Documento de Identidad Migratoria para Extranjeros), en sus diversos estatus migratorios que le permitan laborar, 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).

Nombre de funcionario que recibe solicitud: _____ Fecha: _____

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.

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).
	Autorización o licencia o exoneración del uso de repertorio musical emitido por la Asociación de Compositores y Autores Musicales de Costa Rica (A.C.A.M). (Ley N° 6686, Art. 50 y 132 (Para obtener este documento comuníquese a los whatsApp 7203-0125/72030122 o al correo electrónico: jose.jimenez@acam.cr).

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 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".

Nombre de funcionario que recibe solicitud: _____ Fecha: _____

Solicitud de Renovación

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 (cuando aplique)
	Presentar otros requisitos en caso de que hubiera vencido o cambiado el hecho generador.

Nombre de funcionario que recibe solicitud: _____ Fecha: _____

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: _____