**Formulario único de Licencias Comerciales para actividades de bajo riesgo**

**Región Pacífico Central y Paquera**

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) Medio de notificación: _____

## B. Datos del Propietario del Local o Establecimiento

14) Nombre del propietario:_____15) Cédula:_____

16) Teléfono Domicilio:_____17) Fax:_____ 18) Celular: _____

19) Correo electrónico:_____20) Medio para recibir notificaciones: _____

21) Firma del propietario: _____

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

22) Nombre Comercial:_____23) Descripción de la actividad: _____

24) Actividades secundarias: _____

25) Ubicación: Provincia:_____Cantón:_____Distrito: _____

26) Dirección exacta:_____

27) N. De Finca:_____28) N. De Plano:_____29) Área de trabajo en metros cuadrados: _____

30) Fecha de Inicio de actividades:_____31) Horario de trabajo: Apertura:_____Cierre:_____

32) Cantidad de Trabajadores: Mujeres:___Hombres:___incluye al solicitante en la cantidad de trabajadores: Si ( ) No ( )

33) Página web: _____

34) **Uso de oficina:** Clasificación de actividad SENASA: subsistencia ( ) pequeña ( ) mediana ( ) grande ( )

35) El inmueble en que está instalado el establecimiento es: propio ( ) arrendado ( ) concesionado ( ) otro_____

## D. Ingresos o Proyección de Ingresos de la Licencia Comercial

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor de inventarios | Mercadería o producto elaborado | ¢_____ | Total mensual de alquileres pagados | ¢_____ |
| | Materias primas | ¢_____ | Total mensual de salarios pagados | ¢_____ |
| | Mobiliario, maquinaria y equipo | ¢_____ | Venta o Proyección de ingresos | ¢_____ |
| | Edificio e instalaciones | ¢_____ | | |

## DECLARACIÓN JURADA PARA TRÁMITES DE SOLICITUD DE LICENCIA COMERCIAL PARA ACTIVIDAD DE BAJO RIESGO

Yo_____en mi condición de Persona física ( ) Jurídica ( ) solicito sea otorgado el permiso que señala la Ley General de Salud ( ) Certificado Veterinario de Operación requerido en la Ley General del Servicio Nacional de Salud Animal ( ) a mi representada, para lo cual declaro bajo fe de juramento y que de no decir la verdad incurro en perjurio sancionado con pena de prisión según el Código Penal y consciente de la importancia de lo aquí anotado, 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 Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y el artículo 66 del Reglamento del 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. Asimismo, declaro estar al día en el pago de mis obligaciones con esa institución.

**Cuarto**. —-Que cumplo con lo establecido en la Ley N° 9028 del 22 de marzo de 2012 "Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos a la Salud" y sus reglamentos (así adicionado el punto "tercer bis" anterior por el inciso a) del artículo 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 —**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, así como que de conformidad con lo establecido en el Reglamento General para Autorizaciones y de Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio

de Salud en su Artículo 9°, Condiciones Previas o el artículo 7 del Reglamento para el Otorgamiento de Certificado Veterinario de Operación de SENASA. Renovación o Actualización de Registro: Declaro que la actividad para la cual solicito el PSF o CVO, cumple con los requisitos señalados para la solicitud del trámite por primera vez del PSF o CVO, manteniendo las mismas condiciones en que fue otorgado dicho permiso para lo cual declaro y aporto lo siguiente: Indicación y referenciación de los cambios ocurridos (Regencia, personal profesional y técnico de un servicio de salud o afín, propietario, razón social, cédula jurídica, tamaño y otros): ____ **Sexto.—**Asimismo, me comprometo a mantener las condiciones debidas por el tiempo de vigencia del permiso y cumplir con lostérminos de la normativa antes indicada, por ser requisito indispensable para la operación de mi establecimiento, de igual forma me comprometo que todos los servicios brindados y los productos, equipos y materiales que se comercialicen o utilicen dentro del establecimiento que represento, cuando proceda, estarán debidamente autorizados por el Ministerio de Salud y a no ampliar o cambiar de actividad sin la autorización previa de este Ministerio.

Quedo enterado que el establecimiento debe de mantener su funcionamiento dentro de los parámetros autorizados y que en caso de incurrir en violación a la legislación vigente aplicable, en especial la Ley General del Servicio Nacional de Salud Animal Nº 8495 del 6 de abril del 2006, el Decreto Ejecutivo Nº 34859-MAG, "Reglamento General para el Otorgamiento del Certificado Veterinario deOperación" y la Ley General de Salud Nº 5345, el SENASA retirará el CVO conforme a las disposiciones vigentes, sin perjuicio deotras acciones de índole administrativo o judicial.

**Sétimo. —**Por lo anterior, quedo apercibido de las consecuencias legales y judiciales, con que la legislación castiga el delito de perjurio. Asimismo, exonero de toda responsabilidad a las autoridades del Ministerio de Salud por el otorgamiento del PSF con base en la presente declaración, y soy conocedor de que, si la autoridad de salud 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.

Quedo apercibido de las consecuencias legales y judiciales, con que la legislación castiga los delitos de perjurio y falso testimonio. Asimismo, exonero de toda responsabilidad a las autoridades del Servicio Nacional de Salud Animal por el otorgamiento del CVO con base en lo declarado bajo fe de juramento. 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, debe adjuntar copia de la cédula de identidad certificada del titular, acompañada de la respectiva autorización.

| **Cuentas bancarias del Ministerio de Salud** | | |
|---|---|---|
| Banco Nacional de Costa Rica | En ¢ Colones: 213715-6 BNCR Fideicomiso 872-1-7 | En $ Dólares: 617477-5 BNCR Fideicomiso 872-1-7 |
| **Cuentas Bancarias de SENASA** | | |
| 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 | |

| Primera vez | Renovación | 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 |
| | | Fotocopia del plano catastrado (se revisa internamente) |
| **Primera vez** | **Renovación** | **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 |
| | | Autorización por concepto de derechos de autor. |
| | | Fotocopia del contrato de arrendamiento y presentación del original o nota de autorización del propietario con copia de cédula. Para la Municipalidad de Quepos es obligatorio presentar el contrato de arrendamiento. |
| | | 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. |
| | | Listado del personal profesional y técnico en ciencias de la salud y afines a la salud que laboran o están autorizados para laborar en el establecimiento, detallando nombre completo, número de cédula de identidad y profesión (para trámites de un establecimiento de salud y afín regulado por el Ministerio de Salud). |
| | | Autorización vigente emitida por el Colegio de Médicos Veterinarios de Costa Rica de regencia o asesor médico veterinario (cuando son establecimientos regulados por el conforme al Decreto Ejecutivo Nº19184) |
| | | **Revisión interna (usuario no debe presentarlos pero si su cumplimiento)** |
| | | Que el solicitante o representante legal se encuentre al día en los pagos correspondientes a la CCSS y FODESAF |
| | | Que el solicitante o representante legal, así como 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 no encontrarse moroso en el Registro de Infractores, Ley No. 9028 |
| | | **SENASA:** revisa en la inspección de campo que cuente con Plan de Manejo de Residuos (cuando aplique) |

Nombre y firma de funcionario que recibe solicitud:_____Fecha: _____