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

|  |
| --- |
| http://t2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ0ldiuXOulx87xrXpZdE4DgXjCQaPlnyr4b-NeoRd4U53agkXX8A |

Fecha de recibido: N° de trámite: FMLC- -2025

|  |
| --- |
| **A. Datos del Solicitante o Representante Legal** |
| 1) Nombre del solicitante:  2) Cédula de identidad:  3) En calidad de Apoderado ( ) o Representante legal ( ) de la Sociedad Denominada (Razón social): Cédula Jurídica:  4) Ubicación: Provincia: Cantón: Distrito:  Barrio:  5) Dirección exacta:  6) Teléfono Domicilio 7) Fax 8) Celular:  9) Correo electrónico:  10) Medio de notificación: |
| **B. Datos del Propietario del Local o Establecimiento** |
| 11) Nombre del propietario:  12) Nombre del Representante Legal:  13) Cédula de identidad: 14) Cédula Jurídica:  15) Teléfono Domicilio: 16) Fax: 17) Celular:  18) Correo electrónico:  19) Medio para recibir notificaciones:  20) Firma dueño de la propiedad como autorización para realizar la actividad descrita:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **C. Datos del Establecimiento o Propiedad donde se realiza la actividad** |
| 21) Nombre Comercial:  22) Descripción de la actividad:  23) Actividades secundarias:  24) Ubicación: Provincia: Cantón: Distrito:  25) Dirección exacta:    26) N. De Finca: 27) N. De Plano:  28) Área de trabajo en metros cuadrados:  29) Fecha de Inicio de actividades:  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:  33) Condición del Local: ( ) Excelente ( ) Buena ( ) Regular ( ) deficiente  34) El inmueble en que está instalado el establecimiento es: propio ( ) arrendado ( x )  concesionado ( ) otro\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **D. Ingresos o Proyección de Ingresos esperados al inicio de operaciones** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 35) Valor de inventarios: | Mercadería o producto elaborado | ¢ |  | | Materias primas | ¢ |  | | Mobiliario, maquinaria y equipo | ¢ |  | | Edificio e instalaciones | ¢ |  | | Total mensual de alquileres pagados | ¢ |  | | Total mensual de salarios pagados | ¢ |  | | Venta o Proyección de ingresos | ¢ |  | |
| **E. Para uso de la oficina** |
| 36) Uso de oficina: Clasificación de actividad SENASA: subsistencia ( ) pequeña ( )  mediana ( ) grande ( )  37) Otros detalles de la clasificación de actividad según SENASA: A 38) Código:  39) Clasificación de actividad según Ministerio de Salud: C 40) Código CIIU: |

**DECLARACIÓN JURADA PARA TRÁMITES DE SOLICITUD DE LICENCIA COMERCIAL**

Yo: , en mi condición de Persona física o de representante Legal de la persona Jurídica denominada \_ solicito sea otorgado el permiso que señala la Ley General de Salud ( ) o 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.—**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 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 o SENASA.

**Sexto. —**Que el establecimiento reúne los requisitos y condiciones físicas y sanitarias exigidas para su funcionamiento.

**Séptimo. —**Por lo anterior, 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 Ministerio de Salud o del Servicio Nacional de Salud Animal por el otorgamiento del PSF o CVO con base en lo declarado bajo fe de juramento en la presente declaración, y soy conocedor de que si la autoridad de Salud o 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. Es todo.

Firmo en LA CRUZ, a las 16:00 horas, del día xx del mes de xxxx del año 2025.

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |
|  |  | 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) |
| **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 |
|  |  | Fotocopia del contrato de arrendamiento y presentación del original o firma de autorización del propietario con copia de cédula. |
|  |  | 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. |
|  |  | Presentar Autorización por concepto de derechos de autor ACAM (cuando aplique) |
|  |  | Regencia o asesoría veterinaria aprobada por el Colegio de Médicos Veterinarios (cuando aplique). |
|  |  | Copia de certificado o título de capacitación y/o cursos recibidos por las personas trabajadoras, impartidos por peluqueros, estilistas, centros de enseñanza y academias, ya sean éstos personas físicas o jurídicas. Sino una declaración jurada en la que manifieste la experiencia, no menor a 6 meses (cuando aplique). |
|  |  | **Revisión interna (usuario no debe presentarlos pero sí cumplirlos)** |
|  |  | Que el solicitante se encuentre al día en los pagos correspondientes a la Caja Costarricense de Seguro Social y FODESAF. |
|  |  | Que el solicitante, 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  Revisa copia de certificados o títulos para trámites de salones de belleza/barberías y Certificados de Salud. |

Nombre de funcionario que recibe solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_