

## DECLARACIÓN JURADA PARA TRÁMITES DE SOLICITUD DE PERMISOS SANITARIOS DE FUNCIONAMIENTO POR PRIMERA VEZ O RENOVACIONES

Yo: \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, Distrito \_\_\_\_\_,  
Cantón \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Calle/Avenida \_\_\_\_\_ u Otras señas:

Documento de identidad N° \_\_\_\_\_ en mi carácter de: ( ) Representante legal o Apoderado  
( ) Propietario ( ) Inquilino ( ) Otro (Especifique): \_\_\_\_\_ del establecimiento denominado:  
\_\_\_\_\_, cuyas actividades que se realizan son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Dirección del establecimiento: \_\_\_\_\_,

cuya razón social es: \_\_\_\_\_, con Cédula Jurídica N° \_\_\_\_\_,  
solicito sea otorgado el permiso que señala la Ley General de Salud, 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 la actividad señalada en el formulario de solicitud del PSF que se realizará en el establecimiento denominado  
\_\_\_\_\_ cumple con toda la normativa establecida para el caso en concreto.

**Segundo.** -Que la información que contiene el formulario unificado que adjunto a esta declaración 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 al inicio de la actividad. Asimismo,  
declaro estar al día en el pago de mis obligaciones con esa institución.

**Cuarto.** -Que cumpla 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).

**Quinto.** -Que conforme a lo establecido en el Decreto N°36979-MEIC, “RTCR-458:2011 Reglamento de Oficialización del  
Código Eléctrico de Costa Rica para la Seguridad de la Vida y de la Propiedad, artículo 5°, inciso 5.2.4.3, cuando  
corresponda según el artículo 21 inciso 7 del Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de  
Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud y sus reformas, cumpla con lo ahí exigido.

**Sexto.** -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, mi representada cumple con  
lo ahí solicitado y para ello suministro la siguiente información según corresponda: (Aplica solo para trámites de Permisos  
Sanitarios de Funcionamiento por primera vez).

1. Resolución Municipal de Ubicación N° \_\_\_\_\_ otorgada por la Municipalidad de \_\_\_\_\_, emitida  
el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

2. Viabilidad (licencia) Ambiental N° \_\_\_\_\_ emitida por la SETENA, el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

3. Oficio N° \_\_\_\_\_ de nota emitida por el Ente Administrador del Alcantarillado Sanitario indicando que acepta el  
volumen y la calidad físico química de las aguas residuales del establecimiento que serán vertidas en el alcantarillado  
sanitario, otorgada el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ o Permiso de vertido  
N° \_\_\_\_\_ emitido por el MINAE que permita descargar aguas residuales al cuerpo de agua \_\_\_\_\_ otorgado el  
día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

4. Certificado de regencia profesional vigente otorgada por el Colegio Profesional correspondiente:  
\_\_\_\_\_.

5. Certificado de operación del establecimiento vigente extendida por el Colegio Profesional correspondiente:  
\_\_\_\_\_.

6. Permiso de funcionamiento para calderas vigente extendida por el Ministerio \_\_\_\_\_

7. Resolución N° \_\_\_\_\_ de la DPAH autorizando la utilización de la fuente de emisiones de radiaciones ionizantes.

8. Contrato N° \_\_\_\_\_ asignado por el Colegio de Ingenieros y Arquitectos a los planos constructivos.

Además, declaro que la actividad para la cual solicito el PSF, cumple con los requisitos señalados para la solicitud del trámite por primera vez del PSF según el Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud.

**Sétimo.** -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, 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.

**Octavo.** -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. **ADEMÁS:** conocedor de las consecuencias legales y administrativas de la presente declaración jurada, manifiesto y autorizo en forma expresa para que la autoridad de salud correspondiente, proceda a suspender o a cancelar el Permiso Sanitario de Funcionamiento, según corresponda, y prosiga con la clausura del establecimiento para el cual tramito el presente Permiso Sanitario de Funcionamiento, si se llegase a corroborar alguna falsedad en la presente declaración, errores y omisiones en los documentos aportados, o que los servicios prestados y/o los productos comercializados dentro del establecimiento no cuentan con la debida autorización sanitaria. ES TODO

Firmo en \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

Es auténtica: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

a) En caso de persona jurídica debe aportar la certificación registral o notarial de la personería la cual tendrá una vigencia de un mes. La certificación digital expedida por el Registro Público tendrá una validez de 15 días naturales.

b) En caso de que un tercero realice el trámite se debe adjuntar fotocopia de documento de identificación de quien solicita el PSF (eventual titular), además de la respectiva autorización.

c) Solamente podrá rendir la declaración jurada quien esté facultado legalmente para dicho acto.

d) Si la firma es digital no se requiere de autenticación. Igualmente, no requerirá autenticación si el gestionante realiza el trámite personalmente. et e tenga poder suficiente para dicho acto.