

## ANEXO 2.

## FORMULARIO UNIFICADO DE SOLICITUD DE PERMISO



## FORMULARIO UNIFICADO DE SOLICITUD DE PERMISO.

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

## A. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL SE SOLICITA PERMISO

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                    | TIPO DE PERMISO SOLICITADO                                                                                                                                                                                   | Permiso sanitario de funcionamiento ( )         | Permiso de habilitación <input checked="" type="checkbox"/>     |
| 2                                                                                    | MOTIVO DE PRESENTACIÓN                                                                                                                                                                                       | Primera vez <input checked="" type="checkbox"/> | Renovación ( )                                                  |
| 3                                                                                    | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: <i>clínica Nordic stem cell</i><br>(No utilice abreviaturas ni símbolos)                                                                                                         |                                                 |                                                                 |
| 4                                                                                    | CÓDIGO CAECR DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) PRINCIPAL(ES): <i>8620.1.01</i>                                                                                                                                          | 5                                               | CÓDIGO(S) CAECR DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) ACCESORIA(S): <i>N/A</i> |
| 6                                                                                    | GRUPO DE RIESGO<br>A ( ) B <input checked="" type="checkbox"/> C ( )                                                                                                                                         |                                                 |                                                                 |
| 7                                                                                    | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD(ES) PRINCIPAL(ES):<br><i>servicios de consulta ambulatoria en medicina general o especializada</i>                                                                               |                                                 |                                                                 |
| 8                                                                                    | DESCRIPCIÓN DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) ACCESORIA(S):                                                                                                                                                             |                                                 |                                                                 |
| 9                                                                                    | TELÉFONO(S): <i>64650632 87961000</i>                                                                                                                                                                        | 10                                              | FAX: <i>N/A</i>                                                 |
| 11                                                                                   | APARTADO POSTAL: <i>N/A</i>                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                                 |
| 12                                                                                   | CORREO ELECTRÓNICO: <i>notificaciones_recepciona@gmail.com</i>                                                                                                                                               | 13                                              | HORARIO DE TRABAJO: <i>9:00 - 14:00 - 20:00</i>                 |
| 14 INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA ACTIVIDADES EN ESTABLECIMIENTOS                       |                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                 |
| 15                                                                                   | PROVINCIA: <i>San José</i>                                                                                                                                                                                   | 16                                              | CANTÓN: <i>Escazú</i>                                           |
| 17                                                                                   | DISTRITO: <i>San Rafael</i>                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                                 |
| 18                                                                                   | SEÑAS ESPECÍFICAS:<br><i>Torres Médicas del oeste, Pisos, Oficina 205.</i>                                                                                                                                   |                                                 |                                                                 |
| 19                                                                                   | GEORREFERENCIACIÓN SEGÚN PROYECCIÓN CRTM 05                                                                                                                                                                  | 19a                                             | Coordenada X (seis dígitos): <i>84.4335</i>                     |
| 19b                                                                                  | Coordenada Y (siete dígitos): <i>9.939223</i>                                                                                                                                                                |                                                 |                                                                 |
| 20                                                                                   | ÁREA DEL ESTABLECIMIENTO:<br>(En metros cuadrados) <i>140.04</i>                                                                                                                                             | 21                                              | TOTAL DE PERSONAS USUARIAS: <i>4</i>                            |
| 22                                                                                   | TOTAL DE PERSONAS TRABAJADORAS: <i>2</i>                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                                 |
| 23                                                                                   | EN EL ESTABLECIMIENTO SE UTILIZARÁ O EXPENDERÁ:<br>a. Gas licuado de petróleo (GLP) Sí ( ) No <input checked="" type="checkbox"/> b. Gas Natural Licuado (GNL) Sí ( ) No <input checked="" type="checkbox"/> |                                                 |                                                                 |
| 24 INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA ACTIVIDADES EN UNIDADES MÓVILES DE SERVICIOS DE SALUD |                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                 |
| 25                                                                                   | TIPO: Vehículo ( ) Remolque ( )                                                                                                                                                                              | 26                                              | DESPLAZAMIENTO: Terrestre ( ) Acuático ( ) Aéreo ( )            |
| 27                                                                                   | PLACA:                                                                                                                                                                                                       | 28                                              | MARCA:                                                          |
| 29                                                                                   | MODELO:                                                                                                                                                                                                      | 30                                              | AÑO:                                                            |

## B. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE.

|    |                                                                                                                   |    |                                            |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------|
| 31 | NOMBRE DEL SOLICITANTE (Persona física o razón social):<br><i>NSC clinic Sociedad de Responsabilidad Limitada</i> | 32 | N° DE IDENTIFICACIÓN:<br><i>3102935178</i> |
| 33 | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Solo en caso de persona jurídica):<br><i>Adam Sebastian Sheltah Hjorth</i>        | 34 | N° DE IDENTIFICACIÓN:<br><i>213586166</i>  |
| 35 | CORREO ELECTRÓNICO:<br><i>notificaciones_recepciona@gmail.com</i>                                                 | 36 | TELÉFONO(S): <i>87961000 - 64-65-0632</i>  |
| 37 | APARTADO POSTAL: <i>N/A</i>                                                                                       | 38 | FAX: <i>N/A</i>                            |
| 39 | MEDIO DE NOTIFICACIÓN: <i>notificaciones_recepciona@gmail.com</i>                                                 |    |                                            |
| 40 | FIRMA DEL SOLICITANTE O DE SU PRESENTANTE LEGAL:<br><i>[Firma]</i>                                                | 41 | AUTENTICACIÓN:                             |

## C. INFORMACIÓN DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO Ó UNIDAD MÓVIL DE SERVICIOS DE SALUD

|    |                                                                    |    |                        |
|----|--------------------------------------------------------------------|----|------------------------|
| 42 | NOMBRE DEL PROPIETARIO (Persona física o razón social):            | 43 | No. DE IDENTIFICACIÓN: |
| 44 | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Solo en caso de persona jurídica): | 45 | No. DE IDENTIFICACIÓN: |
| 46 | CORREO ELECTRÓNICO:                                                | 47 | APARTADO POSTAL:       |
| 48 | TELÉFONO:                                                          | 49 | FAX:                   |
| 50 | MEDIO DE NOTIFICACIÓN:                                             |    |                        |

## D. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL CASO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

|    |                                 |    |                     |    |                        |
|----|---------------------------------|----|---------------------|----|------------------------|
| 51 | NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO: | 53 | PROFESIÓN:          | 54 | CÓDIGO PROFESIONAL:    |
| 52 | No. DE IDENTIFICACIÓN:          | 55 | CORREO ELECTRÓNICO: | 56 | APARTADO POSTAL:       |
| 57 | TELÉFONO:                       | 58 | FAX:                | 59 | MEDIO DE NOTIFICACIÓN: |

## E. PARA USO EXCLUSIVO DEL MINISTERIO DE SALUD

|    |                                                                                                                                                                                                                         |    |                                                           |    |                                      |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------|----|--------------------------------------|
| 60 | CÓDIGO CIU.4 VERIFICADO<br>Actividad Principal:                                                                                                                                                                         | 61 | CÓDIGO(S) CIU.4 VERIFICADO<br>Actividad(es) Accesoria(s): | 62 | GRUPO DE RIESGO<br>A ( ) B (X) C ( ) |
| 63 | REQUISITOS DE LA SOLICITUD: La solicitud cumple con todos los requisitos dispuestos en el reglamento vigente para el tipo de permiso solicitado: <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ( ) |    |                                                           |    |                                      |
| 64 | Nº DE SOLICITUD:                                                                                                                                                                                                        | 67 | SELO                                                      |    |                                      |
| 65 | FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD:                                                                                                                                                                                    |    | Firma: _____ Hora: _____                                  |    |                                      |
| 66 | FECHA Y HORA DE RECIBIDO DE SOLICITUD:                                                                                                                                                                                  |    | DOCUMENTACION RECIBIDA                                    |    |                                      |

## F. USO EXCLUSIVO PARA SOLICITUDES DEL PERMISO POR PRIMERA VEZ PARA TODAS LAS ACTIVIDADES Y SOLICITUDES DE RENOVACIÓN DE 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 del permiso.



PERMISO DEL MINISTERIO DE SALUD N° 20589-26

FECHA: 28/enero/2026

TIENE UNA VALIDEZ 05 DE AÑO(S).

FECHA DE VENCIMIENTO: 28/enero/2031

Funcionario que aprueba la solicitud: Priscilla Abarca Ramírez  
Área Rectora de Salud Escazú

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

