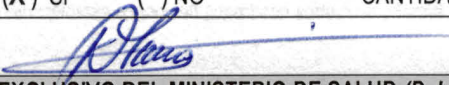




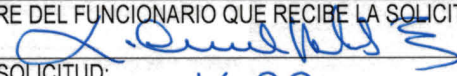
FORMULARIO UNIFICADO DE SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO

A. INFORMACION RELATIVA AL ESTABLECIMIENTO Y ACTIVIDAD PARA LA CUAL SOLICITA PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO:

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

1	MOTIVO DE PRESENTACIÓN	2	GRUPO DE RIESGO	3	CÓDIGO(S) CIUU:	4	TIPO DE ACTIVIDAD O SERVICIO	
	1 ERA VEZ		A B C		7210		♦PRINCIPAL : INVESTIGACION Y DESARROLLO ♦ACCESORIA (S): SERVICIOS	
	RENOVACION	X						
5	NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO QUE SOLICITA PSF: COMPONENTES INTEL DE COSTA RICA SOCIEDAD ANONIMA							
6	PROVINCIA: HEREDIA	7	CANTON: BELEN		8	DISTRITO: LA RIBERA		
9	DIRECCIÓN EXACTA DEL ESTABLECIMIENTO (CALLE/AVENIDA Y OTRAS SEÑAS ESPECIFICAS): CALLE 129 LA RIBERA DE BELEN							
10	TELÉFONOS: 2298-6000	11	N° DE FAX: 2298-6499		12	APDO.POSTAL: 845-1150	13	CORREO ELECTRÓNICO: anibal.alterno@intel.com
14	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ACTIVIDAD O ESTABLECIMIENTO: ANIBAL MAURICIO ALTERNO UGALDE					15	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1-0809-0627	
16	TELÉFONOS: 2298-6247	17	N° DE FAX : 2298-6499		18	APDO.POSTAL: 845-1150	19	CORREO ELECTRÓNICO: anibal.alterno@intel.com
20	LUGAR O MEDIO DE NOTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ACTIVIDAD O ESTABLECIMIENTO: CALLE 129 LA RIBERA DE BELEN, COMPONENTES INTEL DE CR S.A. EDIFICIO CR1							
21	RAZÓN SOCIAL DE LA ACTIVIDAD O ESTABLECIMIENTO: COMPONENTES INTEL DE COSTA RICA SOCIEDAD ANONIMA					22	CÉDULA JURÍDICA: 3-101-186874	
23	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL INMUEBLE ANIBAL MAURICIO ALTERNO UGALDE					24	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1-0809-0627	
25	TELÉFONO: 2298-6247	26	N° DE FAX : 2298-6499		27	APDO. POSTAL: 845-1150	28	CORREO ELECTRÓNICO: anibal.alterno@intel.com
29	LUGAR O MEDIO DE NOTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL INMUEBLE: CALLE 129 LA RIBERA DE BELEN, COMPONENTES INTEL DE CR S.A. EDIFICIO CR1							
30	N° TOTAL DE EMPLEADOS: 1985	31	N° HOMBRES: 1258	N° MUJERES: 727	32	No .TOTAL DE OCUPANTES: 1985		
33	HORARIO DE TRABAJO (APERTURA Y CIERRE): TURNO 1: 8 AM – 5 PM. TURNO COMPRIMIDO 6 AM -2 PM, 2 PM -10 PM, 10 PM-6 AM			34	HORARIO DE ATENCIÓN DE USUARIOS: 8 AM – 5 PM			
35	AREA DE TRABAJO EN METROS CUADRADOS : 509,855.08 m2							
36	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS : (Ver instrucciones al dorso usar hojas adicionales si es necesario): INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS NATURALES Y LA INGENIERÍA ACTIVIDADES DE OFICINAS PRINCIPALES QUE PROVEEN SERVICIOS CORPORATIVOS							
37	GENERA RESIDUOS PELIGROSOS: (X) SÍ () NO			CANTIDAD POR MES: 500 kg				
38	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ACTIVIDAD O ESTABLECIMIENTO: 					AUTENTICACION:		

B. LOS SIGUIENTES ESPACIOS SON DE USO EXCLUSIVO DEL MINISTERIO DE SALUD (Deben llenarse conforme lo señala el instructivo).

39	FECHA DE RECIBIDO DE SOLICITUD: 28-5-19.	40	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD: 
41	SELLO	42	N° DE SOLICITUD: 1423

C. REQUERIMIENTOS DE LA SOLICITUD

- | | |
|---|-----|
| 1. DECLARACIÓN JURADA (solo en caso de solicitud por primera vez) | () |
| 2. COPIA COMPROBANTE DE PAGO DE SERVICIOS | () |
| 3. COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD (solo en caso de solicitud por primera) | () |
| 4. CERTIFICACIÓN REGISTRAL O NOTARIAL DE LA PERSONERÍA JURÍDICA VIGENTE (solo en caso de solicitud por primera vez) | () |

D. USO EXCLUSIVO PARA ACTIVIDADES DEL GRUPO C:

Para 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 de Permiso de Funcionamiento.




PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO N°:

Fecha: **28-05-2019**

Tiene validez de **5** años.

Fecha vencimiento: **28-05-2024**

NOMBRE Y FIRMA : 
(Funcionario que recibe la solicitud)

