



PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD No. _____

REGIÓN RECTORA DE SALUD: CENTRAL SUR

ÁREA RECTORA DE SALUD: CARMEN MERCED URUCA

No. **CS-ARSCMU-0108-16**

En cumplimiento a lo que establece la Ley General de Salud (artículos 222, 298) y el Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento por parte del Ministerio de Salud, así como demás normativa vigente, se extiende el presente permiso de funcionamiento a:

ANTIGUA ADUANA PRINCIPAL
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

RAZÓN SOCIAL: **MINISTERIO DE CULTURA Y JUVENTUD**

REPRESENTANTE LEGAL: **SYLVIE DURAN SALVATIERRA**

CÉDULA JURÍDICA: **2-100-042001**

CÉDULA DE IDENTIDAD: **1-0676-0987**

TIPO DE ACTIVIDAD: **realizacion de actividades teatrales y musicales y actividades artisticas.**

DIRECCIÓN: **SAN JOSE** **SAN JOSE** **CARMEN**
PROVINCIA CANTÓN DISTRITO

OTRAS SEÑAS: **COSTADO SUR DE LA IGLESIA SANTA TERESITA, BARRIO ARANJUEZ.**

CLASIFICACIÓN INDUSTRIAL: **9000**

TIPO DE RIESGO: **B**

DADO EN LA CIUDAD DE **SAN JOSE** A LOS **4** DÍAS DEL MES DE **FEBRERO** DEL **2016**


El presente permiso es válido exclusivamente para la actividad y lugar arriba indicado por el periodo correspondiente, salvo que las condiciones de estado de su funcionamiento, o las infracciones que conlleven a la legislación y ameriten la suspensión o cancelación anticipada del mismo o la clausura del establecimiento para garantizar la salud de los trabajadores, de la población y de ambiente en general.

Tiene validez por: **5 AÑOS**

Debe ser renovado el **4** de **FEBRERO** de **2021**

Los alcances y condiciones bajo las cuales se otorga este permiso se establecen en la Resolución N° **CMU-PSF-114-2016**

DRA. CAROLINA GUILLEN MELENDEZ
NOMBRE
DIRECTORA AREA RECTORA DE SALUD
o del funcionario designado


FIRMA
DIRECTORA AREA RECTORA DE SALUD
o del funcionario designado

SELLO

Original: Interesado

Cc: Expediente del ARS

COLÓQUESE EN LUGAR VISIBLE

