



Expediente número: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

F-R2

## Formulario de solicitud para Remozamiento de Establecimientos de Salud

### I. Datos del Establecimiento (Obligatorio)

#### 1. Datos para el nombre del proyecto

Remozamiento

Nombre del establecimiento

Dirección

Municipio

Departamento

Los datos deben coincidir con la información oficial publicada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
(<https://establecimientosdesalud.mspas.gob.gt/establecimientos/listado-de-establecimientos.html>)

#### 2. Datos del proyecto

Oficinas

Sala de espera

Cuarto frío

Patios

\*Especificar tipo de ambiente y cantidad

Sala de emergencia

Encamamiento

Bodegas

Otros\*

\*Especificar tipo de ambiente y cantidad

Sala de parto

Laboratorios

Servicios sanitarios

Clínicas\*

\*Especificar tipo de ambiente y cantidad

Sala de reuniones

Farmacia

Vestidores

Indicar el número de ambientes con los que cuenta el establecimiento

Marque con una "X" los servicios con los que cuenta el establecimiento

Si

No

Agua municipal y/o propia

Si

No

Energía eléctrica

Si

No

Drenajes

Si

No

Línea telefónica

#### 3. Datos del inmueble

Nombre del propietario

##### Opción "A"

Información del  
Registro General de la Propiedad

Finca

Folio

Libro

Área del terreno m²

Presentar copia adjunta del  
historial completo del RGP

Los datos deben coincidir con la **información** inscrita en el Registro General de la Propiedad (RGP)

##### Opción "B" - En caso de bienes municipales (Ingrese la información en el área que corresponda)

Acuerdo municipal

Escritura pública

Acta municipal

Presentar copia adjunta del Acuerdo Municipal, Escritura Pública o Acta Municipal

##### Opción "B" - En caso de bienes particulares

Presentar copia adjunta del documento notarial donde indique ceder la **posesión** a la institución que corresponda

##### Opción "D" - En caso de bienes comunales

Presentar copia adjunta de la cesión de la **posesión** la cual deberá realizarse a la municipalidad o institución por medio del Acta de la Asamblea Comunitaria y Acta Notarial

##### Opción "E" - En caso de no contar con posesión legítima del inmueble

Presentar copia adjunta del certificado emitido por la municipalidad respectiva, que demuestre la necesidad de los trabajos de remozamiento

\*Para la opción "B", "C" o "D" conforme al Artículo 30 Bis. \* Construcciones del Estado, Decreto Número 101.97 de la Ley Orgánica del Presupuesto: (...) En cada caso se debe iniciar el Registro de Posesión de conformidad con la Ley de Titulación Supletoria para Entidades Estatales: Adjuntando al expediente constancia de esto. (...), adicionado por el Artículo 17, del Decreto Número 13-2013 el 20-11-2023

#### 4. Datos del solicitante

Nombre completo

Teléfono

Domicilio

Celular

Supervisor Departamental

Correo electrónico

Correo 1

Correo 2



II. Solicitud

5. Descripción de los trabajos de remozamiento a solicitar

Coordenadas del  
establecimiento

° ' " N

Latitud

° ' " S

Longitud

6. Firma y sello del director solicitante

Firma

Sello

7. Firma y sello de la Dirección Departamental de Redes Integradas de Servicios de Salud

Firma y nombre

Sello

