|  |
| --- |
| **Número de Expediente:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**En la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_\_\_\_ dias del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 202\_\_\_\_**

**Licda. Karen Lissette Flores de Estrada**

**Directora General de Previsión Social Ad honorem**

**Ministerio de Trabajo y Previsión Social**

**Presente.**

Atentamente solicito la **INSCRIPCION** en el **Registro Nacional de Generadores de Vapor y Equipos Sujetos a Presión del Ministerio de Trabajo y Previsión Social** **POR CAMBIO DE UBICACIÓN,** conforme a los Art. 33 y 72 de la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo y al Art. 5 del Reglamento para la Verificación del Funcionamiento y Mantenimiento de Generadores de Vapor, según se detalla acontinuación:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES DEL EQUIPO: \*** | | | | |
| **MARCA** |  | **TIPO DE EQUIPO** | **GENERADOR DE VAPOR** | **SUJETO A PRESION** |
|  |  |
| **SERIE** |  | **FECHA FABRICACIÓN** |  | |
| **MODELO** |  | **FECHA INSTALACION** |  | |
| **COMBUSTIBLE** |  | **PRESIÓN DE TRABAJO** |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL VENDEDOR DEL EQUIPO: \*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL LUGAR DE COMPRA** | | | | |  | | | | | | | | | **TELÉFONO** |  |
| **DIRECCIÓN DEL LUGAR DE COMPRA** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **DISTRITO** | |  | | | | | **MUNICIPIO** | |  | | **DEPARTAMENTO** | |  | | |
| **NOMBER DEL CONTACTO** | | | |  | | | | | | | | **CARGO** |  | | |
| **TELÉFONO** | | |  | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO** | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO Y PROPIETARIO DEL EQUIPO:** | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO** | | | | |  | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO** | | | | | |  | | | | | | |
| **DISTRITO** |  | | | | | | | **MUNICIPIO** |  | | **DEPARTAMENTO** |  |
| **PROPIETARIO** | | |  | | | | | | | | | |
| **TELÉFONO** | |  | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO** | | |  | | |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | | | |  | | | | | | | | |
| **TELÉFONO** | |  | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO** | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA UBICACION:** | | | | | | |
| **NOMBRE DEL LUGAR:** | |  | | | | |
| **DIRECCIÓN DEL LUGAR:** | |  | | | | |
| **DISTRITO** |  | | **MUNICIPIO** |  | **DEPARTAMENTO** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO:** | | | | | | | | | | | |
| **NOMBER DEL RESPONSABLE** | |  | | | | | | | **CARGO** |  | |
| **TELÉFONO** |  | | | **CORREO ELECTRÓNICO** | | |  | | | | |
| **UBICACIÓN DEL RESPONSABLE** | | |  | | | | | | | | |
| **DISTRITO** |  | | | | **MUNICIPIO** |  | | **DEPARTAMENTO** | | |  |

**\* Se conservará el número de Registro del Equipo**

En espera de respuesta favorable me suscribo, atentamente.

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propietario o Representante Legal o Apoderado

DUI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sello Lugar de Trabajo:

**Si la presentación de este escrito se hace a través de un tercero, deberá autenticar la firma ante notario relacionando la personería con que actúa (Art. 5 Ley de Procedimientos Administrativos.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACION REQUERIDA** | | **DOCUMENTACION PRESENTADA** |
| **PERITAJE DE PRUEBA DE ARRANQUE** | |  |
| **PRUEBA HIDROSTATICA** | |  |
| **PLANOS DE:** | | |
| **INSTALACION DEL EQUIPO** |  |
| **UNIDADES AUXILIARES** |  |
| **TUBERIAS** |  |
| **ARQUITECTONICO DE UBICACIÓN DE LA “CASA DE GERNERADOR DE VAPOR”** |  |
| **DE CONJUNTO** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL** | | | | | |
| **RECIBIDO POR** |  | **FECHA** |  | **HORA** |  |
| **FIRMA DE RECIBIDO** | | **SELLO DE RECIBIDO** | | | |

Consultas: **Arq.** **Maria Elena Medina Armero** Telefono: **+503-2529-3892** Correo Electronico: **maria.medina@mtps.gob.sv**