

Unidad de Urgencias Cruz Verde Villas de Guadalupe
Sub Dirección Médica

OBJETO: Otorgar Servicios de Salud

NOMBRE DEL DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario, (Fecha 21-Sep-2007)
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que otorga la autorización, permiso o licencia al sujeto obligado	Subsecretaría de regulación y fomento sanitario; Dirección general de regulación de los servicios de salud
c) Vigencia	Indeterminada
d) Motivo	Otorgar servicios de salud y emergencias
e) Contraprestación	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y/licencias	Dar cumplimiento a la NOM-206-SSA1-2002; NOM-237-SSA1-2004
Datos de Ubicación: Carretera a Saltillo N° 100, Villas de Guadalupe, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DEL DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para Servicio de Transfusión, N° 143901537(C0272, SCIAN 621992
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que otorga la autorización, permiso o licencia al sujeto obligado	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
c) Vigencia	Por tiempo indeterminado de conformidad al artículo 370 de la Ley General de Salud
d) Motivo	Otorgar servicio de transfusión de sangre
e) Contraprestación	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y/licencias	Dar cumplimiento a la NOM-003-SSA2-1993
Datos de Ubicación: Carretera a Saltillo N° 100, Villas de Guadalupe, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DE DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para laboratorios médicos de diagnóstico del sector público, Sala toma de muestras N° 2302; SCIAN 621511
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que otorga la autorización, permiso o licencia al sujeto obligado	Comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS)
c) Vigencia	Indeterminada
d) Motivo	Otorgar servicios de laboratorio Clínico
e) Contraprestación	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y/licencias	Dar cumplimiento a la NOM-007-SSA3-2011
Datos de Ubicación: Carretera a Saltillo N° 100, Villas de Guadalupe, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DE DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para Radiografía convencional, N° 13RX14120124
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que otorga la autorización, permiso o licencia al sujeto obligado	Comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS)
c) Vigencia	Indeterminada de conformidad al artículo 370 de la Ley General de Salud
d) Motivo	Otorgar servicios de Radiografía Convencional
e) Contraprestación	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y/licencias	Dar cumplimiento a la NOM-012-STPS-2012
Datos de Ubicación: Carretera a Saltillo N° 100, Villas de Guadalupe, Zapopan, Jal.	





SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANEXO 115 (AM) DEL REGLAMENTO DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCION Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR

66A-06-002 AVISO DE FUNCIONAMIENTO

1.- **DATOS DEL PROPIETARIO**

NOMBRE COMPLETO DEL ADECUADO (PERSONA PROPIETARIA O ESTABLECIMIENTO): **CCO SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN**

DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO: **AV. CENTRAL**

DOMICILIO DEL PROPIETARIO: **AV. CENTRAL 289**

DELEGACION POLITICA (MUNICIPIO): **ZAPOPAN**

ESTADO: **JALISCO**

REGISTRADO EN: **3633 0929**

PERSONA QUE REALIZA EL TRAMITE: **LIC. CARLOS CHARPENEL FIGUEROA**

2.- **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

UNIDAD: **UNIDAD CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE**

DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: **CARRERA A SALTILLO 100**

DELEGACION POLITICA (MUNICIPIO): **ZAPOPAN**

ESTADO: **JALISCO**

LOCALIDAD: **VILLA DE GUADALUPE**

REGISTRADO EN: **3625 1328**

3.- **TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

COMERCIO AL POR MENOR DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

SERVICIO DE ALIMENTACION SOCIAL

RESTAURANTE

DISPENSACION DE CALZADONES

ATENCION MEDICA

FARMACIA

CONSULTORIO

LABORATORIO

HOSPITAL EN DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS

NUMERO DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y RECRETOS: **1070.028**

FECHA DE REGISTRO: **21 SEP 2007**

3.1 **EN EL CASO DE AMBULANCIAS**

Tabla con columnas: No, MARCA, MODELO, DE QUE TIPO, No. DE PERSONAS, TIPO DE SERVICIO, y PRECISO. Incluye un sello de la "REGULACION SANITARIA" y una firma.

LUGAR Y FECHA: **ZAPOPAN, JALISCO 11 SEPTIEMBRE 2007**

FIRMA DEL PROPIETARIO: **LIC. CARLOS CHARPENEL FIGUEROA**

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL. EN CASO DE QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA O HERRA ANEXOS, PARA EL ALICUO CORRESPONDIENTE.

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SERVIRÁ LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANA (SATEL) LOS TELEFONOS 5440-21-44 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO, O EN EL ESTADO DE JALISCO AL 3633-0929. PARA EL USUARIO EN EL ESTADO DE GUADALUPE, ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y CANADA AL 1-888-584-3535 (T. D.A.) TELEFONO 1-800-461-1111 (L.L.C.) SECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

SERVICIOS DE SALUD



INSTRUMENTO JURÍDICO DE LA COFEPRIS
Código de Instrumento: **3301537C0272**

4. AVISO DE:		4.1. OBLIGATIVO DE:	
INSTITUCIÓN O SECTOR DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE PRESTARÁ LOS SERVICIOS SANITARIOS ALTA <input checked="" type="radio"/> VERIFICACIÓN DE SALUD <input type="radio"/>		DEFERIDA <input type="checkbox"/> ALTA OBLIGADA <input type="checkbox"/>	
SEALTE PREVIAMENTE DE ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		PENALIDAD <input type="checkbox"/>	
AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>		AUTORIZACIÓN DE SERVICIO <input type="checkbox"/>	

TÍTULO Y VIC DEL TÍTULO: **COFEPRIS 05037-C** NOMBRE DEL TÍTULO: **Aviso de Responsabil Sanitario de establecimiento de atención médica**

NATURALEZA DEL TÍTULO: **Servicios de transfusión sanguínea**

3. DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre del propietario (persona física o jurídica): **Servicios de salud del municipio de Zacapan** (77 MAY 2011)

SSM: **010930 183**

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **Colón No. 289** Centro Zacapan Jalisco

CÓDIGO POSTAL: **45100**

ESTADO: **Jalisco**

CIUDAD: **Zacapan**

PROPIETARIO: **Ramón Corona** AIDAM: **Aldam** Cédula Profesional: **3533029**

5. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

INSTITUCIÓN MEDICINA: **PROFESIONISTA**

Nombre y denominación del establecimiento: **Cruz Verde Villas de Guadalupe**

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **Carril a Saitillo No. 100** Villas de Guadalupe Zacapan Jalisco

CÓDIGO POSTAL: **45180**

ESTADO: **Jalisco**

CUIDAD: **Zacapan**

PROPIETARIO: **Coviano Torres** AIDAM: **Juan José García** Cédula Profesional: **35251328**

REGISTRO FEDERAL DE EMPRESAS Y ESTABLECIMIENTOS (RFESE): **6088720402 P28**

Secretaría de Salud
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
20 JUN 2011
CENTRO NACIONAL DE SERVICIOS
33 RECIBIDO

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO: **621932** **Servicios de Bancos de Órganos, banco de sangre y otros servicios auxiliares al tratamiento médico prestados por el sector público**

COORDINADOR GENERAL:	Nombre:	CEDPRO:	EMAIL:	TELÉFONO:
	Dra. Adriana Casero Ceballos		acaseru@sa.fctzapopan.gob.mx	
COORDINADOR GENERAL:	Nombre:	CEDPRO:	EMAIL:	TELÉFONO:
	Dr. RODOLFO SUAREZ MARTINEZ		drrodo_2000@hotmail.com	

4. DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA

ALTA MODIFICACIÓN BAJA
 DISPOSICIÓN Y BANCOS DE GRUPOS SANGÜÍNEOS Y CELULAS BANCO DE SANGRE Y PRODUCTOS DERIVADOS

NOMBRE COMPLETO: **Dr. RODOLFO SUAREZ MARTINEZ** NÚMERO DE LICENCIA: **SIMR 720402 PZB**

CURP: **SIMR720402HJCR8001** CORREO ELECTRÓNICO: **drrodo2000@hotmail.com**

HORARIO:

	P	X	X	X	X	P
	0	1	2	3	4	5

 DE: **09:00** a: **14:00**

INSTITUCIÓN DE SALUD: **Medico Cirujano y Parto** INSTITUCIÓN EDUCATIVA: **Universidad de Guadalajara** N.º DE SOLICITUD: **2000079**

INSTITUCIÓN DE SALUD: **Medico Cirujano y Parto** INSTITUCIÓN EDUCATIVA: **Universidad de Guadalajara** N.º DE SOLICITUD: **2000079**

INSTITUCIÓN DE SALUD: **Medico Cirujano y Parto** INSTITUCIÓN EDUCATIVA: **Universidad de Guadalajara** N.º DE SOLICITUD: **2000079**

INSTITUCIÓN DE SALUD: **Medico Cirujano y Parto** INSTITUCIÓN EDUCATIVA: **Universidad de Guadalajara** N.º DE SOLICITUD: **2000079**

5. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO QUE UTILIZA FUENTES DE RADIACIÓN PARA FINES MÉDICOS DE DIAGNÓSTICO

ALTA MODIFICACIÓN BAJA
 RAYOS X MEDICINA NUCLEAR RADIODIAGNÓSTICO

NOMBRE COMPLETO: _____

CURP: _____

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

6. DATOS DEL ASPECTO ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA (RESPONSABLE TÉCNICO)

ALTA MODIFICACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: _____

CURP: _____

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____



TRAMITE FORANEO



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

SERVICIOS DE SALUD



Nº DE INGRESO (ARO REGISTRO DE LA COFEPRIS)	NO. ROPA
---	----------

ANTES DE LLENAR ESTE FUNDATO (FA) COMPLETAR EL REGISTRO (R) Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.
LLENAR CON LETRA DE MAYÚSCULAS O A MAYÚSCULA Y A TIEMPO LACONA

1.- AVISO DE:		2.- SOLICITUD DE:	
RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERAR CON LICENCIA SANITARIA		ALTA O NUEVO	
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN O BAJA <input type="checkbox"/>	LICENCIA <input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>
BAJA DE PERÍODO DE FECHAS VÁLIDAS <input type="checkbox"/>		OTRO: <input type="checkbox"/>	1008
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>		AUTORIZACIÓN DE LICIOS <input type="checkbox"/>	
CLAVE DEL TRÁMITE: COFEPRIS 05037-C	NOMBRE DEL TRÁMITE: Aviso de Responsable Sanitario de establecimiento de atención médica		
MODALIDAD DEL TRÁMITE: Servicios de transfusión Sanguínea			

3.- DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL PERSONA FÍSICA)			
Servicios de salud del municipio de Zapopan		IFE	SSM 010830 U83
CALLE, NÚMERO EXTENSIÓN Y MANIFIESTO DE LOCALIDAD		CUBA	(DATO OPCIONAL)
Colón No. 299		COLONIA	Zapopan
MUNICIPIO		CÓDIGO POSTAL	ESTADO
Zapopan		45100	Jalisco
PROPIETARIO		TELÉFONO	FAX
Ramon Corona		36330929	
TÍTULO			
Aidana			

4.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
SECTOR AL QUE PERTENECE			
PÚBLICO (XXX)		SOCIAL	PRIVADO
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA			
Cruz Verde Villas de Guadalupe		IFE	SSM 010830 U83
CALLE, NÚMERO EXTENSIÓN Y MANIFIESTO DE LOCALIDAD			
Carret a Saltillo No. 100		COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
Zapopan		Villas de Guadalupe	Zapopan
MUNICIPIO		CÓDIGO POSTAL	ESTADO
Zapopan		45180	Jalisco
PROPIETARIO		TELÉFONO	FAX
Castano Torres		36251328	
TÍTULO		JUAN JOSÉ GARCÍA	
Nº DE CERTIFICADO DE REGISTRO DE PRESENTACIÓN DE FARMACIA/S			
SUMR 720402 PZ8		ORGANISMO DEL SIGMA	
CLAVE SIGMA	ORGANISMO DEL SIGMA		
621992	Servicios de Bancos de Órganos, banco de sangre y otros servicios auxiliares al tratamiento médico prestados por el sector público		

PERSONAS FÍSICAS O JURÍDICAS Y PERSONAS ELECTÓRICAS			
IDENTIFICANTE (CUIA)	NOMBRE	CUBA	CORREO ELECTRÓNICO
	Dra Adriana Caceres Ceballos		acaceres@saludzapopan.gob.mx
PERSONAS FÍSICAS			
IDENTIFICANTE (CUIA)	NOMBRE	CUBA	CORREO ELECTRÓNICO
	Dr. RODOLFO SUAREZ MARTINEZ		drrodo_2000@hotmail.com

4 DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCION MEDICA QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA

ACTIVIDADES Y/O OBSTETRICAS DESPESION Y BANCO DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS BANCO DE SANGRE Y SERIDO DE TRANSFUSION

ALTA MODIFICACION BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. RODOLFO SUAREZ MARTINEZ** RFC: **SUMR 720402 PZS**

CURP: **SUMR720402HJCRSD01** (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRONICO: **drrodolfo2000@hotmail.com**

UBICACION:

D	F	X	N	X	X	P
D	F	M	M	F	F	P

 DE (9:00) A (14:00)

 MEDIO TELEFONO: (INDICAR CÓDIGO) INTERNET:

TÍTULO PROFESIONAL DE: **México Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL OBTENIDO POR: **Universidad de Guadalajara** N.º DE CÉDULA PROFESIONAL: **2980078**

TÍTULO DE ESPECIALIDAD OBTENIDO POR: N.º DE ESPECIALIDAD OBTENIDA POR:

 FIRMA DEL RESPONSABLE INSTANTE: 
 N.º DE LICENCIA DE EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL:

 NOMBRE COMPLETO:

 P.F.C.:

5 DATOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO QUE UTILIZA FUENTES DE RADIACION PARA FINES MEDICOS, DE DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO:

RAYOS X MEDICINA NUCLEAR RADIODIAGNOSTICO

ALTA MODIFICACION BAJA

NOMBRE COMPLETO:

 P.F.C.:

 CURP:

 UBICACION:

D	F	X	N	X	X	P
D	F	M	M	F	F	P

 DE A

 TÍTULO PROFESIONAL DE:

 TÍTULO DE ESPECIALIDAD OBTENIDO POR:

 N.º DE CÉDULA PROFESIONAL:

6 DATOS DEL ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA (RESPONSABLE TECNICO)

ALTA MODIFICACION BAJA

NOMBRE COMPLETO: RFC:

ESTADO: (DATO OPCIONAL) CURP:

 CURP:

 UBICACION:

 TÍTULO PROFESIONAL DE:

 TÍTULO DE ESPECIALIDAD OBTENIDO POR:

 N.º DE CÉDULA PROFESIONAL:

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN



NO. R.U.F.A.

SALUD

ANTE DE USAR ESTE FORMATO (O CUALQUIER OTRO) UTILICE UN FORMATO Y PRESENTELO POR DUPLICADO

I. SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO AVISO DE REINGRESABLE AVISO DE NUEVO DISEÑO O ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AVISO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE INSUMOS PARA LA SALUD

FÁBRICA DE BOTELLAS Y ENVASADURAS CON VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y FARMACIAS FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE NECESIDAD ESPECIAL

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

LABORATORIOS DE INVESTIGACIÓN Y SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE CALIDAD CONSULTORIOS CLÍNICAS DENTALES AMPLIACIONES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMBIENTAL

ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR DE PLASTICIDAD ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR SERVICIOS DE LIMPIEZA ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR PRODUCTOS QUÍMICOS

CLAVE (S.C.I.R.N.) **621511** DESCRIPCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO **LABORATORIOS MÉDICOS Y DE DIAGNÓSTICO DEL SECTOR PÚBLICO (SALA DE TOMA DE MUESTRAS)**

CAMBIO DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA O JURÍDICA) (PERSONA FÍSICA) (PERSONA JURÍDICA)

O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

C.U.R.P. **SSM010830UB3**

CALLE, NUMERO EXTERNO Y NUMERO INTERNO **COLON NO. 289** COLONIA **CENTRO** LOCALIDAD (MUNICIPIO) **ZAPOPAN**

ESTADO **ZAPOPAN** CÓDIGO POSTAL **45100** ENTIDAD FEDERATIVA **JALISCO**

ENTRE CALLES **CUITLÁHUAC** CALLE **ANÁHUAC** TELÉFONO **36330929** FAX

PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO **CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE**

CALLE, NUMERO EXTERNO Y NUMERO INTERNO **CARRETERA A SALTILLO # 100** COLONIA **VILLA DE GUADALUPE** LOCALIDAD (MUNICIPIO) **ZAPOPAN**

ESTADO **ZAPOPAN** CÓDIGO POSTAL **45100** ENTIDAD FEDERATIVA **JALISCO**

ENTRE CALLES **CASIANO TORRES** CALLE **IGNACIO ESPINOZA** TELÉFONO **36251328** FAX

HOMBRE MUJER

NOMBRE **IGNACIO ESPINOZA** FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES **15** **9** **2010**

HOMBRE MUJER

REPRESENTANTE LEGAL (NOMBRE) **LIC. DAVID ANTONIO WONG AVILES** C.U.R.P. **dwong@ssmz.com.mx**

PERSONA AUTORIZADA (NOMBRE) **PASCUAL MALDONADO MORENO** C.U.R.P. **intrex_00@hotmail.com**

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO POR DUPLICADO

SÓLO PARA AMBULANCIAS			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CIUDADOS INTERMEDIOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TURISMO
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLATA			
Nº DE MOTOR			

DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO			
TIPO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS			
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		MODIFICACION <input type="checkbox"/>	
BAJA <input type="checkbox"/>			
NOMBRE COMPLETO PASCUAL MALDONADO MORENO		R.F.C. MAMP830511CF2	
CÓDIGO MAMP830511HVZLRS07	EMAIL PROFESIONAL intrex_00@hotmail.com	HORARIO D L X M X M X J X L X S D L M M P V S D De 14:00 a 20:00	
TÍTULO PROFESIONAL LIC. QUÍMICO FARMACO - BIÓLOGO	TÍTULO PROFESIONAL ESPECIALIDAD UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA	Nº DE CÉDULA PROFESIONAL 6270629	
ESTADÍSTICO DE		TÍTULO DE ESPECIALIDAD (CATEGORÍA) DE	
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO		Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD	
			
<small>EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDICAR EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SIGUIENTE ANTERIOR.</small>			

DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O MODIFICAR																																									
INDICAR PARA ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS: SIEMPRE PARA LA SALUD Y BIENESTAR AMBIENTAL																																									
	PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="checkbox"/> o MODIFICAR <input type="checkbox"/>		PRODUCTO O SERVICIO nuevo <input type="checkbox"/> o YA MODIFICADO <input type="checkbox"/>																																						
1) ANTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA 'A'	CATEGORÍA SERVICIO DE SALUD	CATEGORÍA																																							
	PROCESO LABORATORIO MÉDICO	PROCESO																																							
	SERVIDOR ANÁLISIS CLÍNICO	SERVIDOR																																							
2) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																																									
3) MARCA COMERCIAL																																									
4) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C. RAZÓN SOCIAL	R.F.C.RAZÓN SOCIAL																																							
5) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C. RAZÓN SOCIAL	R.F.C. RAZÓN SOCIAL																																							
6) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>																																							
7) PROCESO	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NACIONAL</th> <th colspan="2">IMPORTADO</th> <th colspan="2">NACIONAL</th> <th colspan="2">IMPORTADO</th> </tr> <tr> <th>1</th><th>4</th><th>7</th><th>10</th><th>13</th><th>1</th><th>4</th><th>7</th><th>10</th><th>13</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td><td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td> </tr> </tbody> </table>			NACIONAL		IMPORTADO		NACIONAL		IMPORTADO		1	4	7	10	13	1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15
NACIONAL		IMPORTADO		NACIONAL		IMPORTADO																																			
1	4	7	10	13	1	4	7	10	13																																
2	5	8	11	14	2	5	8	11	14																																
3	6	9	12	15	3	6	9	12	15																																

NOTA: EL NÚMERO DE RECUADRO POR CADA PRODUCTO Y SERVIDOR DEBE DAR DE ALTA O POR PRODUCTO Y SERVIDOR MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA PRODUCTO Y SERVIDOR DEL PRODUCTO Y SERVIDOR YA MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO Y SERVIDOR YA MODIFICADO. **PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.**



GOBIERNO
DE JALISCO
PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD

El Gobierno del Estado de Jalisco

a través de la

Secretaría de Salud Jalisco

otorga la presente

Constancia

A: SUAREZ MARTINEZ RODOLFO

Por su participación como: Asistente

En: El Curso de Operadores de Farmacia, con duración de 10 hrs.

Guadalajara, Jalisco, 07 de Julio del 2011

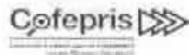


SERVICIOS DE SALUD
JALISCO

DIRECCION GENERAL

DR. JUAN CARLOS OLIVARES GÁLVEZ **DR. ERNESTO CISNEROS MADRID**
Director General de Regulación Sanitaria Jefe del Departamento de Regulación de Insumos
de Servicios de Salud y Servicios de Salud

No. 407



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

AVISOS



SALUD

No. DE INGRESO (SILO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)	NO RUPA
--	---------

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS. LLENAR CON LETRA DE MAYÚSCULA O A MAQUINA O COMPUTADORA.

4 AVISO DE:

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE CUENTA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>	IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/>	INFORME ANUAL <input type="checkbox"/>	PRÓRROGA DE PLAZO PARA AGUIRAR EXISTENCIAS DE MEDICOS <input type="checkbox"/>
RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>	EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/>	PUBLICIDAD <input type="checkbox"/>	ANOMALÍA O IRREGULARIDAD SANITARIA <input type="checkbox"/>
ALTA <input checked="" type="radio"/> MODIFICACIÓN <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>	PREVISIONES <input type="checkbox"/>	MAGUILLA <input type="checkbox"/>	

MODALIDAD DEL TRÁMITE: **1070**

5 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **Servicios de Salud del municipio de Zapopan** *27 MAY 2011*

R.F.C.: **SSM 010000 003**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Ciudad No. 239**

COLONIA: **Centro**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapopan**

ESTADO: **Jalisco**

CÓDIGO POSTAL: **45100**

TELÉFONO: **36330929**

NOMBRE DEL PROPIETARIO: **Ramón Corona**

CALLE: **Aldama**

6 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL, DEDICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **Cruz Verde Zapopan Unidad Villas de Guadalupe**

R.F.C.: **SSM 010830 183**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Carretera a Saltillo No. 100**

COLONIA: **Villas de Guadalupe**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapopan**

ESTADO: **Jalisco**

CÓDIGO POSTAL: **45118**

TELÉFONO: **36251329**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **Castano Torres**

NOMBRE DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN: **Juan Jose Garcia**

CLAVE (ISIRI): **46411**

DESCRIPCIÓN DEL ISIRI: **Farmacia sin minisuper con venta de medicamentos controlados biológicos y/o heroderivados**

HORARIO: **24 hrs**

FECHA DE VIGENCIA DE ACTUACIÓN: **28 MAR 2001**

BOQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.F. Y CORREO ELECTRÓNICO:

BOQUE NOMBRE COMPLETO	C.U.R.F.	CORREO ELECTRÓNICO
Dra Adriana Capurro Ceballos		acapurro@saluzapopan.gob.mx
Dr. Rodolfo Suarez Martinez		drrodo2000@hotmail.com

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO POR CADA TIPO DE TRÁMITE

6 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:											
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>			MODIFICACION <input type="checkbox"/>			BAJA <input type="checkbox"/>					
NOMBRE COMPLETO DR RODOLFO SUAREZ MARTINEZ						R.F.C. SUMR720A02 PZ8					
CURP (DATO OPCIONAL)			CORREO ELECTRONICO			HABLA			HORARIO		
			drrodo 2000@hotmail.com			U <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			M <input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> 09:00 <input type="checkbox"/> 14:00 <input checked="" type="checkbox"/>		
CON TITULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero				TITULO PROFESIONAL OBTENIDO POR Universidad de Guadalajara				Nº DE CUALIFICACION PROFESIONAL 2980078			
ESPECIALIDAD DE:				TITULO DE ESPECIALIDAD OBTENIDO POR:				Nº DE CUALIFICACION DE LA ESPECIALIDAD:			
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO						1070					
EN CASO DE MODIFICACION DEL RESPONSABLE SANITARIO, AGRADE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.:											
NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE ANTERIOR:						R.F.C.					

7 DATOS CON QUIEN EFECTUA LA OPERACION DE MAQUILA:											
NOMBRE RAZON SOCIAL						R.F.C.					
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACION O MUNICIPIO					
LOCALIDAD				CODIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA					
NOMBRE DEL RESPONSABLE SIGILLADO						R.F.C.					
						CURP (DATO OPCIONAL)					
Nº DE LAJEREA MAQUILA O NÚMERO DE FIDEJAMENTO DE PLACAMIENTO						TELÉFONO Y FAX		TIEMPOS DE DURACION DE LA MAQUILA			
PROCESO A MAQUILAR						ACTIVO DE LA MAQUILA					

8 DATOS CON QUIEN EFECTUA LA OPERACION DE IMPORTACION O EXPORTACION:											
NOMBRE DEL FABRICANTE						R.F.C. (a)					
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACION O MUNICIPIO					
LOCALIDAD (a)				CODIGO POSTAL (b)		ENTIDAD FEDERATIVA (c)					
NOMBRE DEL PROVEEDOR						R.F.C. (d)					
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACION O MUNICIPIO					
LOCALIDAD (a)				CODIGO POSTAL (b)		ENTIDAD FEDERATIVA (c)					
NOMBRE DEL FACTURADOR O CONSIGNATARIO (e)						R.F.C. (e)					
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACION O MUNICIPIO					
LOCALIDAD (a)				CODIGO POSTAL (b)		ENTIDAD FEDERATIVA (c)					
PAIS DE ORIGEN				PAIS DE PROCEDENCIA				PAIS DESTINO			
(1) PAIS DE ENTRADA O SALIDA				(2) PAIS DE ENTRADA O SALIDA				(3) PAIS DE ENTRADA O SALIDA			

(a) SILO CUANDO EL ESTABLECIMIENTO ESTE DOMICILIADO EN MEXICO

(b) LOS DATOS DEL CONSIGNATARIO APLICAN ÚNICAMENTE EN EL TRÁMITE DE IMPORTACION O EXPORTACION DE PRODUCTOS QUIMICOS ESPECIALES

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN



ESTABLECIMIENTO: AVISO DE RESPONSABLE: AVISO DE COOPERACIÓN (COMUNICACIÓN DE LOS DATOS DEL ESTABLECIMIENTO): AVISO DE SANIFICACIÓN DEL RESPONSABLE:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE INSUMOS PARA LA SALUD:

ALMACÉN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS
 FARMACIA DE PRODUCTOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE PRODUCTOS MÉDICOS
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLÍJOS
 ALMACÉN DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS O DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD:

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA O DE ATENCIÓN GENERAL
 SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
 AMBULATORIO

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMBIENTAL:

LABORATORIO DE ANÁLISIS DE AGUAS
 LABORATORIO DE ANÁLISIS DE ALIMENTOS
 LABORATORIO DE ANÁLISIS DE RESIDUOS SÓLIDOS U ORGANISMOS VIVOS
 LABORATORIO DE ANÁLISIS DE RESIDUOS LÍQUIDOS O DE RESIDUOS VERDEABLES

NOMBRE: **COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS**
 DIRECCIÓN: **AVENIDA SANITARIA**
ZAPOPAN

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O REPRESENTANTE SOCIAL (PERSONA MORAL): **S.R.D. "SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN"**
 CURP: **SBMD10030V83**
 (DATO OBLIGATORIO)

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **CALLE DN 289**
 LOCALIDAD: **ZAPOPAN**
 MUNICIPIO: **ZAPOPAN**
 ESTADO: **JALISCO**
 CÓDIGO POSTAL: **45110**
 TELÉFONO: **3633 23 13**
 FAX: **3365 63 80**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE**
 CALLE: **CARRERA A SALTILLO No 100**
 LOCALIDAD: **VILLA DE GUADALUPE**
 MUNICIPIO: **ZAPOPAN**
 ESTADO: **JALISCO**
 CÓDIGO POSTAL: **45110**
 TELÉFONO: **3625 16 79**
 FAX: **3625 13 28**

NOMBRE DEL RESPONSABLE: **CASIANO TORRES**
 NOMBRE DEL RESPONSABLE: **IGNACIO ESPINOSA**
 TELÉFONO: **3625 16 79**
 FAX: **3625 13 28**

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: **0** / **A** / **24** hrs
 FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: **28** / **03** / **2001**
 (DÍA) (MES) (AÑO)

NOMBRE DEL RESPONSABLE: **DR. ADRIANA CABRERO CEBALLOS**
 CORREO ELECTRÓNICO: **acabrero@esimz.com.mx**

NOMBRE DEL RESPONSABLE: **LTC. DAVID ANTONIO LONG AVILES**
 CORREO ELECTRÓNICO: **juridicoapd@gmail.com**

IMPORTANTE: PRECISE INFORMAR PARA CADA TRAMITE Y PRESENTE O POR DUPLICADO

2. TIPO PRODUCTO	AMBITOS DE CUBRIMIENTO	AMBIENTES DE URGENCIAS (BASICAS)	PUBLICIDAD REGULADA
MARCA		CHEVROLET	
MODELO		2007	
NO. DE PLACA		JN 14823	
NO. DE MOTOR			

ALTA MODIFICACIÓN BAJA

NOMBRE: **DR. J. JESUS VELANDE QUIZMAN** RFC: **VEG.3531021**

CORREO ELECTRONICO: **jesusve1531@hotmail.com** NUMERO: X X X X X X INI: **0** A **24** H

ACTIVIDAD ECONOMICA: **MEDICO CIRUJANO Y PARTERO** INSTITUCION EDUCATIVA DONDE SE OBTUVO: **UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA** NO. DE CÉDULA PROFESIONAL: **953321**

ACTIVIDAD: **IVR ATLS/ACLS** INSTITUCION ESPECIALIZADA DEPENDIENTE POR: **UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA** NO. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **3411979**

FIRMA: 

DIRECCION GENERAL DE REGULACIONES Y CONTROL DE CALIDAD DE SERVICIOS AL CONSUMIDOR SECRETARÍA DE ECONOMÍA

	PRODUCTO O SERVICIO		PRODUCTO O SERVICIO				
	BUENO <input type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BUENO <input type="radio"/>	NO BUENO <input type="radio"/>	NO BUENO <input type="radio"/>	NO BUENO <input type="radio"/>	NO BUENO <input type="radio"/>
1) TIPO DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA "A"	CATEGORIA		CATEGORIA				
2) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
3) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
4) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
5) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
6) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
7) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
8) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
9) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
10) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
11) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
12) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
13) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
14) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				
15) DESCRIPCION DE LA MATERIA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESCRIPCION		DESCRIPCION				

NOTA: TIENE EL REPRESENTANTE DEL PRODUCTO O SERVICIO QUE DEBE DAR DE ALTA O POR PRODUCTO QUE DEBE SER MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMERO RECUADRO PARA MARCAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO, HUBIERA REPRODUCCION ESTE RECUADRO TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

1.- Obtenición	5.- Conservación	9.- Manipulación	13.- Almacenamiento a temperatura ambiente
2.- Envasado	6.- Mezclado	10.- Transporte a temperatura ambiente	14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3.- Fabricación	7.- Acondicionamiento	11.- Transporte a temperatura de refrigeración	15.- Expendio o suministro al público
4.- Preparación	8.- Envaseado	12.- Distribución	

TIPO DE MONEDERACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR
R/FOI SIGUE O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
RFC <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
LA ASOCIACIÓN Y SU DESCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>		
CESSION DE DERECHOS DE PRODUCTORES (ASOCIACIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS) <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>																
DE <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> FECHA <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>				DIA	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO
DIA	MES	AÑO																
DIA	MES	AÑO																
DIA	MES	AÑO																

EL/LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE ADECUÁNDOSE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALES.

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDADE DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA EN ACUERDO EN HACERLO ASÍ? SI NO

LTC. DAVID ANTONIO MONTEAVILES/ REPRESENTANTE LEGAL
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (FACTILIA) LOS TELÉFONOS 2800-2800 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-388-24-96 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1-800-475-2388, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-0080 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN POR ÁREA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.