

No. DE INGRESO (USO 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 MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA O A COMPUTADORA

1 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN		R.F.C. SSMZ010830U83	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
DOMICILIO CALLE, NÚMERO EXTERIOR CUAHUTEMOC # 65	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD CENTRO	CÓDIGO POSTAL 45100	
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO ZAPOPAN	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	TELÉFONO (33)33420985	FAX	

2 DATOS DEL PERITO RESPONSABLE:

NOMBRE COMPLETO OSCAR FERNANDEZ GUTIERREZ		No. DEL PERITO DRZ-1240/2016	No. DE CÉDULA PROFESIONAL 159423	
DOMICILIO CALLE, NÚMERO EXTERIOR CELEDONIO PADILLA # 2271	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD FABRICA DE ATEMAJAC	CÓDIGO POSTAL 44220	
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO GUADALAJARA, JAL.	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	TELÉFONO (33)38234865	FAX	

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE		R.F.C. SSMZ010830U83		
DOMICILIO CALLE, NÚMERO EXTERIOR CARRETERA A SALTILLO # 100	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD VILLAS DE GUADALUPE	CÓDIGO POSTAL 45150	
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO ZAPOPAN	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	TELÉFONO (33)33251328	FAX	
622112	HORARIO DE FUNCIONAMIENTO 24 Horas del día	FECHA DE INICIO DE LA OBRA MARZO DE 2000	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA OBRA MARZO DE 2001	

4 MODALIDAD:

<input checked="" type="checkbox"/> OBRA NUEVA	<input type="checkbox"/> ACONDICIONAMIENTO O EQUIPAMIENTO	SUPERFICIE DEL TERRENO 1170.046 mts. Cuadrados
<input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN	<input type="checkbox"/> REGULARIZACIÓN	
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN		

5 DOCUMENTOS ANEXOS:

<input checked="" type="checkbox"/>	ORIGINAL Y COPIA DEL PROGRAMA MÉDICO
<input checked="" type="checkbox"/>	ORIGINAL Y COPIA DEL PROGRAMA MÉDICO-ARQUITECTÓNICO EN EL QUE SE CONSIDEREN, COMO MÍNIMO, LAS ÁREAS PARA CADA TIPO DE HOSPITAL, SEGÚN SU COMPLEJIDAD
<input checked="" type="checkbox"/>	ORIGINAL Y COPIA DE LA MEMORIA DESCRIPTIVA
<input checked="" type="checkbox"/>	ORIGINAL Y COPIA DE LOS PLANOS EN PAPEL Y DE PREFERENCIA EN ELECTRÓNICO

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, EN CASO DE SOLICITUDES ACEPTO QUE LA NOTIFICACIÓN DE ESTE TRÁMITE SE REALICE A TRAVÉS DEL CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS U OFICINAS EN LOS ESTADOS CORRESPONDIENTES AL SISTEMA FEDERAL SANITARIO. (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTÁ DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?

SI NO

LUGAR Y FECHA Zapopan, Jal. 25 de Noviembre del 2016	NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO Carlos Alfredo Bautista Lopez	NOMBRE Y FIRMA DEL PERITO RESPONSABLE Oscar Fernandez Gutierrez
--	---	---

EL FORMATO SE PRESENTARÁ EN ORIGINAL Y COPIA.

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-386-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.