

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**  
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO **ZAPOPAN**

NÚMERO O LETRA INTERIOR  
**JALISCO**

COLONIA O LOCALIDAD **CENTRO**  
CÓDIGO POSTAL **45100**

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**  
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO **GUADALAJARA, JAL.**

NÚMERO O LETRA INTERIOR  
**JALISCO**

COLONIA O LOCALIDAD **FABRICA DE ATEMAJAC**  
CÓDIGO POSTAL **44220**

TELÉFONO **(33)38234865**  
FAX

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL SÓLO SI EL INTERESADO NO REALIZA EL TRÁMITE

**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**  
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO **ZAPOPAN**

NÚMERO O LETRA INTERIOR **622112**

COLONIA O LOCALIDAD **VILLAS DE GUADALUPE**  
CÓDIGO POSTAL **45150**

TELÉFONO **(33)33251328**  
FAX

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:**

OBRA NUEVA  
 AMPLIACIÓN  
 REHABILITACIÓN

ACONDICIONAMIENTO O EQUIPAMIENTO  
 REGULARIZACIÓN

SUPERFICIE DEL TERRENO **1170.046 mts. Cuadrados**

**5 DOCUMENTOS ANEXOS:**

ORIGINAL Y COPIA DEL PROGRAMA MÉDICO  
 ORIGINAL Y COPIA DEL PROGRAMA MÉDICO-ARQUITECTÓNICO EN EL QUE SE CONSIDEREN, COMO MÍNIMO, LAS ÁREAS PARA CADA TIPO DE HOSPITAL, SEGÚN SU COMPLEJIDAD  
 ORIGINAL Y COPIA DE LA MEMORIA DESCRIPTIVA  
 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.