

Unidad de Urgencias Cruz Verde Norte  
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, (R.U.P.A. Regiole; Clave SCIAM 624232); (Tránsito de la nueva unidad en proceso)
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que	Comisión Federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS)
c) Vigencia	Indeterminado hasta el cambio del responsable sanitario
d) Motivo	Otorgar servicios de salud y emergencias
e) Contraprestador	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y licencias	Dar cumplimiento a la NOM-206-SSA1-2002; NOM-SSA1-237-2004
Datos de Ubicación: Calle Dr. Luis Farah 550, Colonia Villas de los Beltranes, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DEL DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para Servicio de Transfusión, N° 5009048
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que	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) Contraprestador	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y licencias	Dar cumplimiento a la NOM-009-SSA2-1993
Datos de Ubicación: Calle Dr. Luis Farah 550, Colonia Villas de los Beltranes, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DE DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para laboratorios médicos de diagnóstico del sector público, N° 0858
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) Contraprestador	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y licencias	Dar cumplimiento a la NOM-007-SSA3-2011
Datos de Ubicación: Calle Dr. Luis Farah 550, Colonia Villas de los Beltranes, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DE DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para Radiografía convencional, N° 120014009044
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) Contraprestador	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y licencias	Dar cumplimiento a la NOM-041-SEPS-2011
Datos de Ubicación: Calle Dr. Luis Farah 550, Colonia Villas de los Beltranes, Zapopan, Jal.	



UNIDAD DE EMERGENCIAS CRUZ VERDE NORTE

SUB.DIRECCION MÉDICA

AMBULANCIA Z-031

OBJETIVO: OTORGAR SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE DEL DOCUMENTO

a) TIPO DE AUTORIZACION, PERMISO O LICENCIA	AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE AMBULANCIA TERRESTRE DE URGENCIAS BASICAS.
b) NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA PERSONA FISICA O JURIDICA, QUE OTORGA LA AUTORIZACION PERMISO O LICENCIA AL SUJETO OBLIGADO	SECRETARIA DE SALUD JALISCO, SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
c) VIGENCIA	INDETERMINADO O HASTA EL CAMBIO DEL RESPONSABLE SANITARIO.
d) MOTIVO	TRANSPORTE DE PACIENTES
e) CONTRAPRESTACION	NINGUNA
f) CONDICIONES PARA CONSEVAR EL PERMISO Y/LICENCIAS	DAR CUMPLIMIENTO A LA NOM-237-SSA1-2004
DATOS DE LA UBICACIÓN:	LUIS FARAH NO. 550 COLONIA VILLA DE LOS BELENES ZAPOPAN JALISCO



OPDSSMZ  
DIRECCION DE URGENCIAS



# COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

## AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN



**SALUD**

NO. R.U.P.A.

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

**1. SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:**

AVISO DE FUNCIONAMIENTO    
  AVISO DE RESPONSABLE    
  AVISO DE MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS DEL ESTABLECIMIENTO    
  AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE

**AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS:**

FARMACIAS, BOTICAS Y DROGUERIAS (SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS)    
  FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS    
  ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS    
  ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS

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

FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS    
  FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS    
  ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS

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

ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS    
  CONSULTORIOS  
 COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS    
  CLÍNICAS DENTALES  
 LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS    
  AMBULANCIAS (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITA EL RECUADRO No. 4)  
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

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

ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR DE PLAGUICIDAS  
 ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL  
 ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES

CLAVE (S.C.I.A.N.)     DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.

024232     SERVICIOS DE EMERGENCIAS COMUNITARIO PRESTADOS POR EL SECTOR PÚBLICO 10:35

**2. DATOS DEL PROPIETARIO:**

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan     R.F.C.: SSM 01 0830 J 83

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: Colon 289     COLONIA: Centro     DELEGACIÓN O MUNICIPIO: Zapopan

LOCALIDAD: Zapopan     CÓDIGO POSTAL: 451000     ENTIDAD FEDERATIVA: Jalisco

ENTRE CALLE: Zaragoza     Y CALLE: A Basco     TELÉFONO: 36330929     FAX:

**3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: UNIDAD CRUZ VERDE NORTE     RFC:

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: Calle Santa Lucia s/n     COLONIA: Tepeyac     DELEGACIÓN O MUNICIPIO: Zapopan

LOCALIDAD: Zapopan     CÓDIGO POSTAL: 451150     ENTIDAD FEDERATIVA: Jalisco

ENTRE CALLE: Av. De Los Laureles     Y CALLE: Manuel M. Toledano     TELÉFONO: 38182200 EXT. 3907     FAX:

HORARIO: DE 0 A 24 hrs     FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES:     DÍA:     MES:     AÑO:

REPRESENTANTE LEGAL: LIC. DAVID ANTONIO WONG AVILES     NOMBRE:     C.U.R.P.:     CORREO ELECTRÓNICO:

PERSONA AUTORIZADA: De Alfonso Villalobos Alva     NOMBRE:     C.U.R.P.: VIAA690914HJCLL09     CORREO ELECTRÓNICO: drvillalobosalva@msn.com

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

**DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO**

ALTA  MODIFICACIÓN  BAJA


NOMBRE COMPLETO: **DR. ALFONSO VILLALOBOS ALVA** R.F.C.: **VIAA 690914 A56**

R.P. (DATO OPCIONAL): **IAA 690914 H5 CLLO9** CORREO ELECTRÓNICO: **drvillalobosalva@msn.com** HORARIO: **ABIERTO**

D	L	M	M	J	V	S	DE	A
D	L	M	M	J	V	S	DE	A

TÍTULO PROFESIONAL DE: **MEDICO CIRUJANO** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad Autónoma de Coahuila de Zaragoza** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **2046345**

ESPECIALIDAD DE: **QUIRURGIA GENERAL** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad Nacional Autónoma de México** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **3174416**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO: 

CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR**


**REGISTRO PARA ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL**

	PRODUCTO O SERVICIO					PRODUCTO O SERVICIO				
	NUEVO <input type="radio"/>		ó A MODIFICAR <input type="radio"/>			NUEVO <input type="radio"/>		ó YA MODIFICADO <input type="radio"/>		
ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA "A"	CATEGORÍA					CATEGORÍA				
	GRUPO					GRUPO				
	SUBGRUPO					SUBGRUPO				
DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
MARCA COMERCIAL										
SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.					R.F.C.				
	RAZÓN SOCIAL					RAZÓN SOCIAL				
SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.					R.F.C.				
	RAZÓN SOCIAL					RAZÓN SOCIAL				
PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO:	NACIONAL <input type="checkbox"/>		IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/>		IMPORTADO <input type="checkbox"/>		
PROCESO:	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
SEÑALE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE REALICEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "B"	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

RECUADRO POR CADA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE ALTA O POR 1 PRODUCTO QUE DESEE MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO. PODRÁ REPRODUCIR ESTE

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

**ESTADO DE RESPONSABILIDAD SANITARIA**

ALTA  MODIFICACIÓN  BAJA   
 NOMBRE COMPLETO: **DR. ALFONSO VIALOBOS ALVA** R.F.C.: **VIAA 690914 A56**  
 I.R.P. (DATO OPCIONAL): **IAA 690914 HJ CLLO9** CORREO ELECTRÓNICO: **drvialobosalva@msn.com** HORARIO: **ABIERTO**  
 TÍTULO PROFESIONAL DE: **MEDICO CIRUJANO** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad Autónoma de Guadalajara** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **2046345**  
 ESPECIALIDAD DE: **CIRUGIA GENERAL** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad Nacional Autónoma de México** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **3174416**  
 FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO: 

CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR**

	PRODUCTO O SERVICIO					PRODUCTO O SERVICIO				
	NUEVO <input type="radio"/>	ó			A MODIFICAR <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	ó			YA MODIFICADO <input type="radio"/>
ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA "A"	CATEGORÍA					CATEGORÍA				
	GRUPO					GRUPO				
	SUBGRUPO					SUBGRUPO				
DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
MARCA COMERCIAL										
SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.					R.F.C.				
	RAZÓN SOCIAL					RAZÓN SOCIAL				
SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.					R.F.C.				
	RAZÓN SOCIAL					RAZÓN SOCIAL				
PRODUCTO NACIONAL Ó IMPORTADO:	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				
PROCESO:										
MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "B"	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

A: LLENE EL RECUADRO POR CADA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE ALTA O POR 1 PRODUCTO QUE DESEE MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA DAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO. PODRÁ REPRODUCIR ESTE CUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.



# SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE INNOVACION Y CALIDAD

CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA (CNTS)

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO



## CNTS-00-001-A y B SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

### 1.- DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL @PD" SERV. SALUD MPIO. ZAPOPAN		R.F.C. SSM   0   1   0   8   3   0   U   8   3	MSG EXCLUSIVO DE LA SSA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DR. JESUS GILBERTO HERNANDEZ ALVAREZ		No. ANTERIOR DE LICENCIA	
DOMICILIO, CALLE, NUMERO Y NUMERO INTERIOR COLON No 289		No. DE ENTRADA DEL FORMATO	
COLONIA CABECERA MUNICIPAL	CODIGO POSTAL 4   5   1   0   0		
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO ZAPOPAN			
LOCALIDAD ZAPOPAN	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO		
TELEFONO (S) Y/O FAX 3 633-23-13			

### 2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE CRUZ VERDE ZAPOPAN NORTE		R.F.C. SSM   0   1   0   8   3   0   U   8   3	
DOMICILIO, CALLE, NUMERO Y LETRA SANTA LUCIA S/N		COLONIA TEPEYAC	CLAVE
CODIGO POSTAL 4   4   1   5   0	ENTRE. CALLE Y CALLE AV. LAURELES SANTA MARIA	FECHA DE INICIO DE OPERACIONES 0   4   0   7   9   9 D D M M A	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO ZAPOPAN	LOCALIDAD ZAPOPAN	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	

### 3.- ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO

<input type="checkbox"/> BANCO DE SANGRE
<input checked="" type="checkbox"/> SERVICIO DE TRANSFUSION

### 4.- No. DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

PUBLICO	PRIVADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
9 23216	<input type="text"/>

### 5.- TIPO DE MOVIMIENTO

<input type="checkbox"/> EXPEDICION CNTS-00-001-A
<input type="checkbox"/> REVALIDACION CNTS-00-001-B
<input checked="" type="checkbox"/> MODIFICACION CAMBIO DE " RAZON SOCIAL "
CNTS-00-001-E

### 6.- DOCUMENTOS ANEXOS

<input checked="" type="checkbox"/> CROQUIS DE DISTRIBUCION DE LAS AREAS DEL BANCO DE SANGRE O DEL SERVICIO DE TRANSFUSION
<input checked="" type="checkbox"/> ORIGINAL DE LICENCIA SANITARIA (EN CASO DE REVALIDACION O MODIFICACION)

### 7.- LUGAR Y FECHA

DR. SERGIO QUINTERO HERNANDEZ / DIR. URG. SSMZ  
FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA, SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1888-594-3372, O AL TELEFONO: 51-19-46-20 AL 28 EXT. 105 O 106 DE LA DIRECCION DE NORMALIZACION Y PROMOCION EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

En el Distrito Federal (CNTS) el formato se presenta en original y copia En las entidades federativas (CETS), original y 2 copias.



SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO  
CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA

NOMBRE DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL  
DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO  
DOMICILIO  
COLONIA. Y/O LOCALIDAD  
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO  
ENTIDAD FEDERATIVA

H. AYUNTAMIENTO CONST DE ZAPOFAN  
S.T. CRUZ VERDE ZAPOFAN NORTE  
AV. LAURELES Y SANTA LUCIA S/N  
ZAPOFAN  
JALISCO (14)

LICENCIA SANITARIA No.

2222	11	2222	0000	0000	0000	0000	0000	0000	3333	0000
2	1	2	0	0	0	0	0	0	3	0
2	1	2	0	0	0	0	0	0	3	0
2222	11	2222	0000	0000	0000	0000	0000	0000	3333	0000
2	1	2	0	0	0	0	0	0	3	0
2	1	2	0	0	0	0	0	0	3	0
222222	111	222222	0000	0000	0000	0000	0000	0000	3333	0000

AUTORIZADO PARA

TRANSFUSION, SERVICIO DE

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

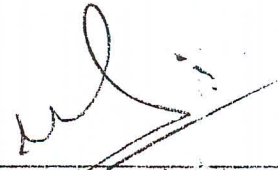
VENCIMIENTO

MES

AÑO

POR TIEMPO INDETERMI--  
NADO DE CONFORMIDAD AL  
ARTICULO 370 DE LA LEY  
GENERAL DE SALUD.

LA PRESENTE AUTORIZACION ES VALIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN  
MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA

  
DR. ANTONIO MARIN LOPEZ  
DIRECTOR GENERAL

ESTA LICENCIA DEBERA ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO



SECRETARIA DE SALUD

C.G. 2

DEPENDENCIA	SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
	CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
	SUBDIRECCION DE CONTROL SANITARIO
MESA	
NUMERO DEL OFICIO	739
EXPEDIENTE	3047/3976
GOYA No. 35 INSURGENTES - MIXCOAC, C.P. 13920	

**ASUNTO:** REGISTRO DE AVISO DE RESPONSABLE DE SERVICIO DE TRANSFUSION

México D.F. a **25 FEB. 2000**



**DRA. ROCIO VENEGAS URIBE**  
**CRUZ VERDE ZAPOPAN NORTE**  
 Av. Santa Lucia S/N  
 Col. Tepeyac  
 Zapopán, Jal.



SECRETARIA DE REGULACION  
 FOMENTO SANITARIO  
 CENTRO NACIONAL DE LA  
 TRANSFUSION SANGUINEA

Al haber acreditado ser idóneo, ha quedado registrado en este Centro Nacional como el **MEDICO RESPONSABLE** de cumplir y supervisar que se cumpla con lo dispuesto en la Ley General de Salud, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y demás ordenamientos legales aplicables en el

**SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA  
 CRUZ VERDE ZAPOPAN NORTE**

Cada tres años deberá presentar los documentos que acrediten que Usted ha actualizado su capacitación y que por lo tanto, continua siendo idóneo para desempeñar el cargo (artículo 331 de la Ley General de Salud y las fracciones I y II del artículo 93 del Reglamento en la Materia).

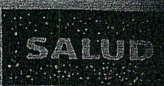
**ATENTAMENTE  
 SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN**

**DR. ANTONIO MARIN LOPEZ  
 DIRECTOR GENERAL**

C.e.p. Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea. Presente.

CONTENIDO EN EL SUPLENTE DEL SUPLENTE DEVENCHO





0858

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 COMPUTADORA

**1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:**

AVISO DE FUNCIONAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
FARMACIA, BOTICA O DROGUERÍA (SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS) <input type="checkbox"/>	FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/>	ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/>	ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/>			
ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="checkbox"/>	CONSULTORIO <input type="checkbox"/>	CLÍNICA DENTAL <input type="checkbox"/>	
COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEQUOS Y ACCESORIOS <input type="checkbox"/>	AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL REGUARO No. 4) <input type="checkbox"/>		
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="checkbox"/>	SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL <input type="checkbox"/>		
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR DE: PLAGUICIDAS <input type="checkbox"/>	PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS <input type="checkbox"/>		
ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="checkbox"/>		

21 MAR 2012

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
021512	Laboratorios Medicos de diagnosticos del Sector Publico

**2 DATOS DEL PROPIETARIO:**

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.
OPD Servicios de Salud del Municipio de Zapopan		SSM010830083
		CURP. (DATO OPCIONAL)
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
Colón No. 289	Tepeyac	Zapopan
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
Zapopan	451100	Jalisco
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO
Guilfohuac	Anahuac	3633 0929

**3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.
Cruz Verde "NORTE"		SSM010830083
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
M Santa Lucia s/n	Tepeyac	Zapopan
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
Zapopan	451100	Jalisco
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO
Laureles	Santa Maria	3633 4415
FAX		
		3633-4448
HORARIO:		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES
D: 08:00 SA: 20:00		08 02 2012
D: M: J: V: S: DE: SA: A:		DÍA MES AÑO
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	CURP. (DATO OPCIONAL)
David Antonio Wong Ariles		
José Eduardo Montes Ontiveros		
Luis Roberto Dieguez Romeli		
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE	CURP. (DATO OPCIONAL)
David Antonio Wong Ariles		
José Eduardo Montes O.		
		CORREO ELECTRÓNICO
		dwong@opd.zapopan.gob.mx
		edmontes@hotmail.com

- |                 |                       |   |  |
|-----------------|-----------------------|---|--|
| 2.- Elaboración | 6.- Mezclado          | 10.- Transporte a temperatura ambiente        | 14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración congelado |
| 3.- Fabricación | 7.- Acondicionamiento | 11.- Transporte a temperatura de refrigerador |  |
| 4.- Preparación | 8.- Envasado          | 12.- Distribución                             | 15.- Expendio o suministro al público                        |

7 PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, EN SEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DECIR" LOS DATOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DECIR									
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>											
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>											
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>											
R.F.C. <input type="checkbox"/>	0858										
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>											
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>											
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS) <input type="checkbox"/>											
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	21 MAR 2012										
PERSONA AUTORIZADA <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>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO		
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS  
 LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGÚRESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENER ACTUALIZADOS

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 DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS? SI  NO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

*[Handwritten signature]*

PARA CUANTOQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL NÚMERO DE CONTACTO CIUDADANO (SACATE) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL CDMX Y METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-386-24-66 O DE LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL O CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-093-5050 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.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SECRETARIA DE SALUD  
COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISION DE AUTORIZACION SANITARIA



123301524A0123

NOMBRE DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL: CLINICA DE RADIOLOGIA E IMAGEN CHAVEZ APPENDINI, S. C.

DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO: UNIDAD DE EMERGENCIA CRUZ VERDE NORTE

CALLE: SANTA LUCIA S/N

COLONIA Y/O LOCALIDAD: TEPEYAC

DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO: ZAPOPAN

CODIGO POSTAL: 45550

ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO

LICENCIA SANITARIA No.

**12 RX 14 039 244**

621511

AUTORIZADO PARA:

**RADIOGRAFIA CONVENCIONAL**

FECHA DE EXPEDICION

**15/10/2012**

VIGENCIA INDETERMINADA  
DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 370  
DE LA LEY GENERAL DE SALUD



SECRETARIA DE SALUD  
COMISION DE  
AUTORIZACION  
SANITARIA

ESTE AUTORIZACION ES VALIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN  
CUMPLIDAS LAS CONDICIONES EN LAS QUE FUE EXPEDIDA

**DR. ALVARO HERRERA HUERTA**  
DIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN  
SERVICIOS DE SALUD

Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los órganos administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios, artículo vigésimo primero por lo que se delega en la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud la facultad de expedir y prorrogar las licencias y permisos sanitarios relacionados con las materias a que se refiere el artículo 3, fracción I, inciso a y m, del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

ARTICULO 4, FRACCION II INCISO C Y 14 FRACCION I DEL REGLAMENTO DE LA COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

ESTA LICENCIA DEBERA ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO

**COF 008582**

No. DE EXP. 1411215

123301526A0241

**PERMISO SANITARIO DE RESPONSABLE DE LA OPERACION  
Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO  
MEDICO CON RAYOS X**



**411/RX/2012**

**OTORGADO A:**

**DR. ROBERTO CHAVEZ PEREZ**

  
SECRETARIA DE SALUD  
COMISION DE  
AUTORIZACION  
SANITARIA  
FIRMA

**HORARIO: LUNES A VIERNES 15:00 A 21:00**

**NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: UNIDAD DE EMERGENCIA CRUZ VERDE NORTE**

**CALLE: SANTA LUCIA S/N**

**COLONIA Y/O LOCALIDAD: TEPEYAC**

**DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO: ZAPOPAN**

**CODIGO POSTAL: 45550**

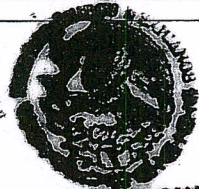
**ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO**

**FECHA DE EXPEDICION**

**15/10/2012**

**VIGENCIA**

**15/10/2014**



  
SECRETARIA DE SALUD  
COMISION DE  
AUTORIZACION  
SANITARIA  
**DR. ALVARO HERRERA HUERTA**  
DIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN  
SERVICIOS DE SALUD

Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los órganos administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios, artículo vigésimo primero por lo que se delegan en la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud la facultad de expedir y prorrogar las licencias y permisos sanitarios relacionados con las materias a que se refiere el

artículo 3 fracción I incisos a y m del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

SECRETARIA DE SALUD SUBDIRECCION EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCION EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCION EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCION EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCION EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCION EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD

**LA PRESENTE AUTORIZACION ES VALIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS**

**COF 008577**

**ESTE PERMISO DEBERA ESTAR EXHIBIDO EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO**

**EXP. 1411215**  
**LLD**