

Unidad de Urgencias Cruz Verde Sur  
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.001811; Clave SCIAN 624232)
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	Indeterminado hasta el cambio del responsable sanitario
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: Calle Cruz del Sur N° 3535, Colonia La Calma, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DEL DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para Servicio de Transfusión, N° S009753
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: Calle Cruz del Sur N° 3535, Colonia La Calma, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DE DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para laboratorios médicos de diagnóstico del sector público, N° 001863
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: Calle Cruz del Sur N° 3535, Colonia La Calma, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DE DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para Radiografía convencional, N° 1200140120061
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-001-OTPS-2002
Datos de Ubicación: Calle Cruz del Sur N° 3535, Colonia La Calma, Zapopan, Jal.	



UNIDAD DE EMERGENCIAS CRUZ VERDE SUR

SUB.DIRECCION MÉDICA

AMBULANCIA Z-023

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:	CRUZ DEL SUR NO. 3535 COLONIA LAS AGUILAS ZAPOPAN JALISCO

UNIDAD DE EMERGENCIAS CRUZ VERDE SUR

SUB.DIRECCION MÉDICA

AMBULANCIA Z-025

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:	CRUZ DEL SUR NO. 3535 COLONIA LAS AGUILAS ZAPOPAN JALISCO

UNIDAD DE EMERGENCIAS CRUZ VERDE SUR

SUB.DIRECCION MÉDICA

AMBULANCIA Z-030

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:	CRUZ DEL SUR NO. 3535 COLONIA LAS AGUILAS ZAPOPAN JALISCO

NO. RUPA

001811

**SALUD**

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. DEL COMPLETO AL POR MENOR, LA ESPECIALIDAD**

AVISO DE FUNCIONAMIENTO    
  AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO    
  AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO    
  AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD

FARMACIA HOMEOPÁTICA    
  FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS  
 FARMACIA ALOPÁTICA    
  ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS  
 BOTICA    
  FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS  
 DROGUERÍA

SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS  
 COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS  
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS  
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR DE PLAGUICIDAS    
  PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS  
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL    
  ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES

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

464111     Farmacia con Manejo de Medicamentos Controlados, Biológicos y Hemoderivados Incluye droguería y boticas sin venta de medicamentos controlados, biológicos o hemoderivados. (Con manejo de medicamentos controlados).



**2. DATOS DEL PROPIETARIO**

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)     R.F.C.

Servicios De Salud Del Municipio De Zapopan     55M010830 U83

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR     COLONIA     DELEGACIÓN O MUNICIPIO

Colon No 289     Centro     Zapopan

LOCALIDAD     CÓDIGO POSTAL     ENTIDAD FEDERATIVA

Zapopan     45100     Jalisco

ENTRE CALLE     Y CALLE     TELÉFONO     FAX

Cuitlahuac     Anahuac     36330929     36332313

**3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO     R.F.C.

Unidad Cruz Verde Sur Las Águilas

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR     COLONIA     DELEGACIÓN O MUNICIPIO

Cruz Del Sur No 3535     La Calma     Zapopan

LOCALIDAD     CÓDIGO POSTAL     ENTIDAD FEDERATIVA

Zapopan     45280     Jalisco

ENTRE CALLE     Y CALLE     TELÉFONO     FAX

Virgen     Av. López Mateos     36319471     36319471

HORARIO:     DE     A     FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES

D L X M X M X J X V S DE 9:00 A 15:00

REPRESENTANTE LEGAL     NOMBRE     C.U.R.P.     (DATO OPCIONAL)     CORREO ELECTRÓNICO

Dr. Sergio Quintero Hernández     QUH5560130HNTNRRO3     squintero@saludzapopan.gob.mx

PERSONA AUTORIZADA     NOMBRE     C.U.R.P.     (DATO OPCIONAL)     CORREO ELECTRÓNICO

Dr. Raúl Arias Corona     AICR570114HJCRRL08     rariasc2012@hotmail.com

REGION	PROCESO	GRUPO	SUBGRUPO
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a Temperatura Ambiente Transporte a Temperatura de Refrigeración Distribución Expendio o Suministro al Público Almacenamiento a Temperatura Ambiente Almacenamiento a Temperatura de Refrigeración y/o Congelado	Alimentos	Cárnicos Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Rastrros y obradores Productos de la pesca frescos y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harina y cereales Azúcar y productos de confitería Tés y productos para infusión Condimentos Suplementos Alimenticios Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y derivados
		Bebidas no alcohólicas	Agua purificada Jugos y Néctares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas alertantes (con taurina, cafeina, gluconolactona, etc.)
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas
		Productos de perfumería y belleza	Lociones, perfumes y desodorantes Tintes Productos para los ojos Productos para los labios Cremas, lociones y productos para la cara Cremas, bioqueadores, bronceadores y productos para el cuidado del cuerpo Shampoo y productos para el cuidado del cabello Jabones de tocador y toallas faciales de tocador
		Productos de Aseo y Limpieza	Detergentes (polvo, líquido y pasta) Blanqueadores o agentes oxidantes Aromatizantes Desinfectantes a base de amoniaco
		Materia Primas	Lácteos y cárnicos Féculas, harinas y derivados Aceites y grasas
		Expendio y suministro de alimentos	Corredores Industriales Restaurantes, taquerías, etc. Servicio de banquetes Bares, cantinas, discotecas, etc. Cafeterías
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Edulcorantes Colorantes Saborizantes Antioxidantes Conservadores
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Micropigmentaciones Perforaciones
Instituto para la Salud	Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución	Medicamentos	Medicamentos Alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según tipo de suministro o venta al público) Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbolarios Medicamentos vitamínicos
	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público	Dispositivos Médicos	Equipo médico Prótesis, ortesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Insumos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de curación Productos Higienicos
Salud Ambiental	Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público	Plaguicidas	Origen químico Botánicos Microbianos Misceláneos
		Sustancias Tóxicas	Nombre de la sustancia tóxica
		Nutrientes Vegetales	Orgánicos Inorgánicos
		Productos con limite de metales pesados	Ceramica vidriada Juguetes Artículos escolares Otros



**SALUD**

No. DE INGRESO (USÓ EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS) **201811** 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 MAQUINA O A COMPUTADORA.

**1 SOLICITUD DE:**

	ALTA O NUEVO	MODIFICACIÓN	PRÓRROGA	OTROS
LICENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERMISO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERMISO DE IMPORTACIÓN O EXPORTACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTORIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISITA DE VERIFICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TARJETA DE CONTROL SANITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1a VEZ:  SUBSECUENTE:

SÓLO PARA PROTOCOLOS:

REVOCACIÓN:

HOMOCLAVE DEL TRÁMITE: COFEPRIS\_05\_034\_A NOMBRE DEL TRÁMITE: SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCION MEDICA

MODALIDAD DEL TRÁMITE: A\_P/ ESTABLECIMIENTO DE ATENCION MEDICA DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS.



**2 MODIFICACIÓN DE: (sólo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1)**

NÚMERO DE DOCUMENTO A MODIFICAR:

DICE / CONDICIÓN AUTORIZADA	DEBE DECIR / CONDICIÓN SOLICITADA

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL CAMPO.

**3 DATOS DEL PROPIETARIO :**

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN R.F.C. SSM 010830 U83

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: COLONIA CENTRO DELEGACIÓN O MUNICIPIO ZAPOPAN

COLON # 289

LOCALIDAD: ZAPOPAN CÓDIGO POSTAL: 4 5 1 0 0 ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO

ENTRE CALLE: CUITLAHUAC Y CALLE: ANAHUAC TELÉFONO: 36 33 09 29 FAX: 36 33 23 13

**4 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: UNIDAD CRUZ VERDE SUR LAS AGUILAS R.F.C.

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: COLONIA LA CALMA DELEGACIÓN O MUNICIPIO ZAPOPAN

CRUZ DEL SUR #3535

LOCALIDAD: ZAPOPAN CÓDIGO POSTAL: 4 5 2 8 0 ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO

ENTRE CALLE: VIRGEN Y CALLE: AV. LOPEZ MATEOS TELÉFONO: 36 31 94 71 FAX: 36 31 94 71

No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO: R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO: AICR570114

CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN
624232	SERVICIOS DE EMERGENCIA COMUNITARIOS PRESTADOS POR EL SECTOR PUBLICO



REGULACIÓN SANITARIA  
REGION SANITARIA X

20) INDICACIONES DE USO		
21) CONCENTRACIÓN		
22) INDICACIONES TERAPÉUTICAS		
23) FECHA DE FABRICACIÓN		
24) FECHA DE CADUCIDAD		
25) TEMPERATURA DE ALMACENAMIENTO		
26) TEMPERATURA DE TRANSPORTE		
27) MEDIO DE TRANSPORTE O ADUANA DE ENTRADA		
28) IDENTIFICACION DE CONTENEDORES		
29) ENVASE PRIMARIO		
30) ENVASE SECUNDARIO		
31) TIPO DE EMBALAJE Y No. DE UNIDADES DE EMBALAJE		
32) No DE PARTIDA		
33) CLAVE DEL CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO DEL SECTOR SALUD (CBSS)		
34) PRESENTACIÓN DESTINADA A	EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> GENÉRICO <input type="checkbox"/> SECTOR SALUD <input type="checkbox"/> VENTA <input type="checkbox"/>	EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> GENÉRICO <input type="checkbox"/> SECTOR SALUD <input type="checkbox"/> VENTA <input type="checkbox"/>
35) FABRICACIÓN DEL PRODUCTO	NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
36) UNIDAD DE MEDIDA DE APLICACIÓN DE LA TIGIE (UMT)		
37) CANTIDAD DE UNIDAD DE MEDIDA DE APLICACIÓN DE LA TIGIE		
38) TIPO DE ORGANISMO GENÉTICAMENTE MODIFICADO (OGM) SÓLO UN PRODUCTO POR SOLICITUD		
39) NÚMERO DE PROGRAMA IMMEX (SOLO PARA EMPRESAS QUE ESTÉN DENTRO DEL PROGRAMA PARA LA INDUSTRIA MANUFACTURERA, MAQUILADORA Y DE SERVICIOS DE EXPORTACIÓN)		



NOTA: REPRODUCIR ESTE RECUÁDRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO CONFORME A LO ESTABLECIDO EN CADA TIPO DE TRÁMITE.

### 6 INFORMACIÓN PARA CERTIFICADOS:

USO DEL CERTIFICADO (PARÁ EXPORTACIÓN, REGISTRO, PRÓRROGA Y OTROS)	PAÍS DESTINO
ESPECIFICAR CARACTERÍSTICAS	

### 7 PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

NUEVO <input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN O ENMIENDA <input type="checkbox"/>
TÍTULO DEL PROTOCOLO	
VIA DE ADMINISTRACIÓN (Medicamentos o Dispositivos Médicos)	
NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL	
NOMBRE(S) DE LA(S) INSTITUCIÓN(ES) DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN	



REGULACIÓN SANITARIA  
REGIÓN SANITARIA X

**9 DATOS DE PUBLICIDAD:**

MEDIO PUBLICITARIO \_\_\_\_\_

AGENCIA (Nombre o razón social) \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LA AGENCIA (CALLE, No Y LETRA, COLONIA, LOCALIDAD, C.P., TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO) \_\_\_\_\_

NUMERO DE PRODUCTOS O TIPO DE SERVICIO \_\_\_\_\_ DURACIÓN O TAMAÑO \_\_\_\_\_

NOTA: SE DEBERA PRESENTAR UNA SOLICITUD POR CADA PROYECTO Y MEDIO PUBLICITARIO

**10 AUTORIZACIÓN DE TERCEROS:**

NUEVO  PRORROGA

**A) LABORATORIO DE PRUEBA**

ANÁLISIS DE ALIMENTOS, BEBIDAS Y SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y PRODUCTOS DE PERFUMERIA Y BELLEZA

ANÁLISIS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

ANÁLISIS DE PLAGUICIDAS, FERTILIZANTES Y NUTRIENTES VEGETALES

OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**B) PRUEBAS DE INTERCAMBIABILIDAD PARA MEDICAMENTOS GENÉRICOS INTERCAMBIABLES**

UNIDAD CLINICA PARA REALIZAR ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD Y/O BIOEQUIVALENCIA

UNIDAD ANALÍTICA PARA REALIZAR ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD Y/O BIOEQUIVALENCIA

UNIDAD ANALÍTICA PARA ESTUDIOS DE PERFILES DE DISOLUCIÓN

**C) UNIDADES DE VERIFICACIÓN.**

VERIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS  OTRO

MUESTREO  (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_



**11 DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA TATUAJES, MICROPIGMENTACIÓN Y/O PERFORACIONES:**

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_

C.U.R.P. \_\_\_\_\_ (DATO OPCIONAL)

**DOMICILIO PARTICULAR**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN O MUNICIPIO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_

ENTRE CALLE \_\_\_\_\_ Y CALLE \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

PEGAR FOTO

HORARIO:	D	L	M	M	J	V	S	DE	A	EN CASO DE PRÓRROGA INDIQUE EL NÚMERO DE LA TARJETA DE CONTROL SANITARIO
	D	L	M	M	J	V	S	DE	A	

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 FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD. Y 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)

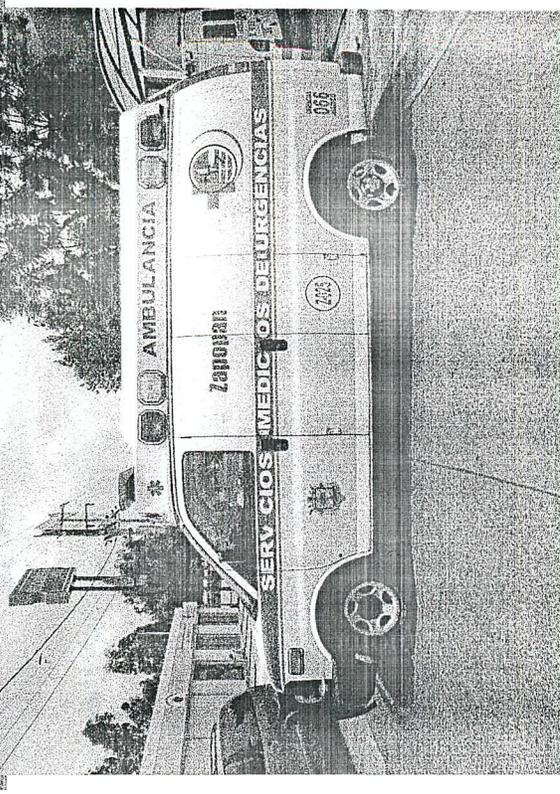
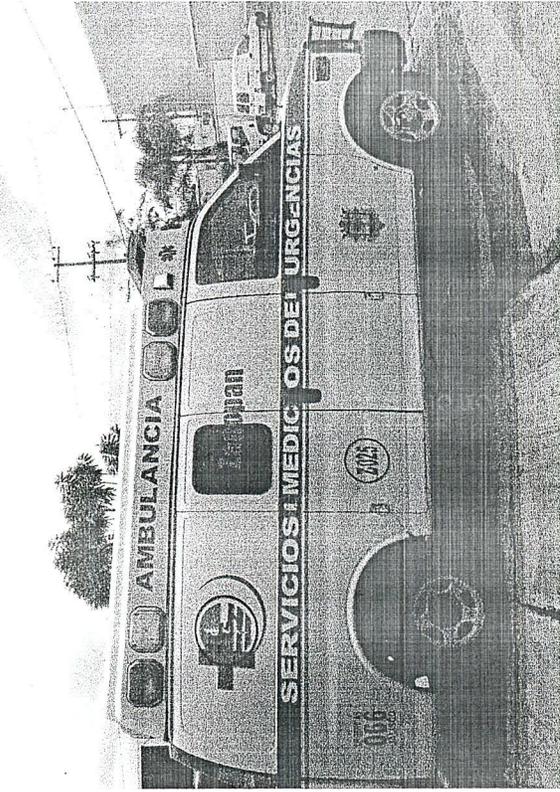
LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, ¿ESTÁ DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?

DR. SERGIO QUINTERO HERNANDEZ
   
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO, O REPRESENTANTE LEGAL
   
 O RESPONSABLE SANITARIO

REGULACIÓN SANITARIA  
REGION SANITARIA X

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-112-0584 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.

Copia del trámite anterior



**Ambulancia Urgencias Básicas, N° Económico Z-025, Ubicada en la Unidad Sur, Chevrolet 2007, Placas: JN 14822**

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN



Nº. R.U.P.A.  
00635

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

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

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

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   
  FÁBRICA 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   
  CLINICAS DENTALES   
  LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS   
  AMBULANCIAS (SI MARCA ESTA OPCIÓN 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.
624232	Ambulancia Terrestre Urgencias Básicas



REGULACION SANITARIA  
REGION SANITARIA X

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **D.P.D. "SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN"**

R.F.C.: **SSMO10830V83**

C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **COLON 289**

COLONIA: **CENTRO**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **ZAPOPAN**

LOCALIDAD: **ZAPOPAN**

CÓDIGO POSTAL: **45100**

ENTIDAD FEDERATIVA: **JALISCO**

ENTRE CALLE: **ANAHUAC**

Y CALLE: **ABASOLO**

TELÉFONO: **3633 23 13**

FAX: **3365 63 86**

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **CRUZ VERDE SUR**

R.F.C.:

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **CRUZ DEL SUR #3535**

COLONIA: **LAS AGUILAS**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **ZAPOPAN**

LOCALIDAD: **ZAPOPAN**

CÓDIGO POSTAL: **45280**

ENTIDAD FEDERATIVA: **JALISCO**

ENTRE CALLE: **AV. LOPEZ MATEOS**

Y CALLE: **VIRGEN**

TELÉFONO: **38182200 E-3953**

FAX: **3631 94 71**

HORARIO:
 

D	X	L	X	M	X	M	X	J	X	V	X	S	X
D		L		M		M		J		V		S	

 DE **0** A **24 hrs**

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES:
 

<b>25</b>	<b>06</b>	<b>1985</b>
DÍA	MES	AÑO

REPRESENTANTE LEGAL: **DRA. ADRIANA CAPURRO CEBALLOS**

NOMBRE:

C.U.R.P.:

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO: **acapurro@ssmz.com.mx**

PERSONA AUTORIZADA: **LIC. DAVID ANTONIO WONG AVILES**

NOMBRE:

C.U.R.P.:

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO: **juridicoopd@gmail.com**

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

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

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
RFC <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>		
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN 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>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>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	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									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR EL NÚMERO DE CAMPOS O ANEXAR HOJA CON MODIFICACIONES

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE ASEGURESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS 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 FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DE ACUERDO EN MOSTRARLOS PÚBLICOS?

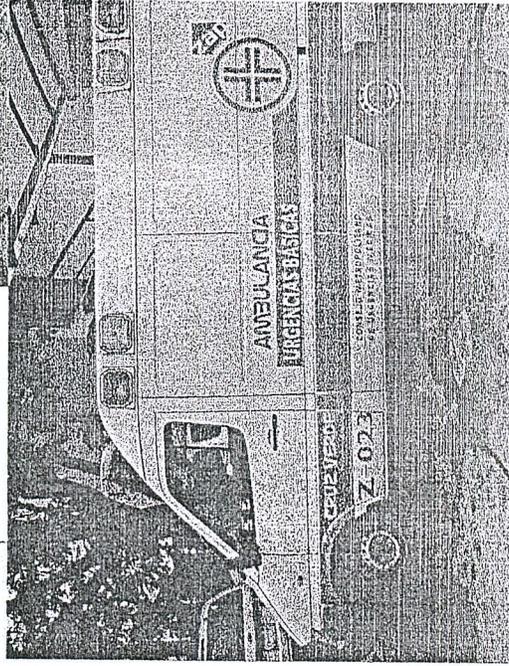
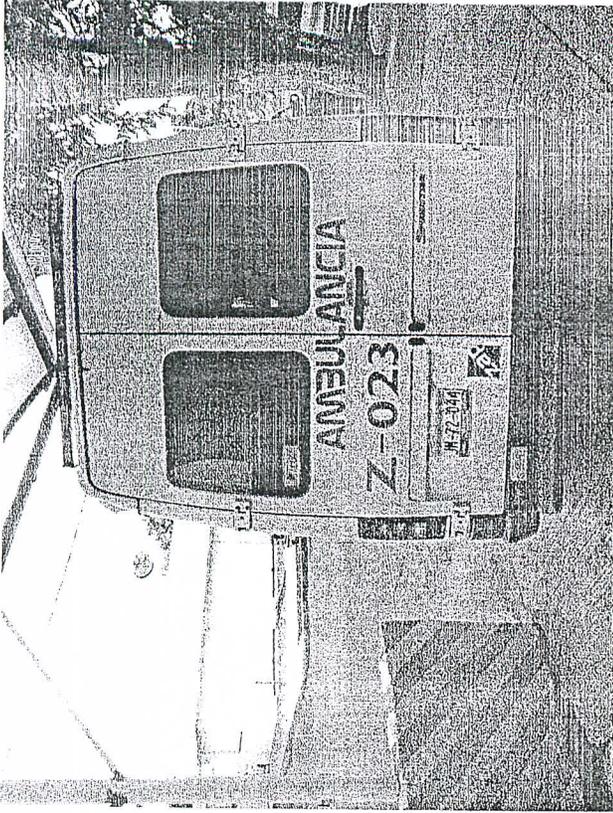
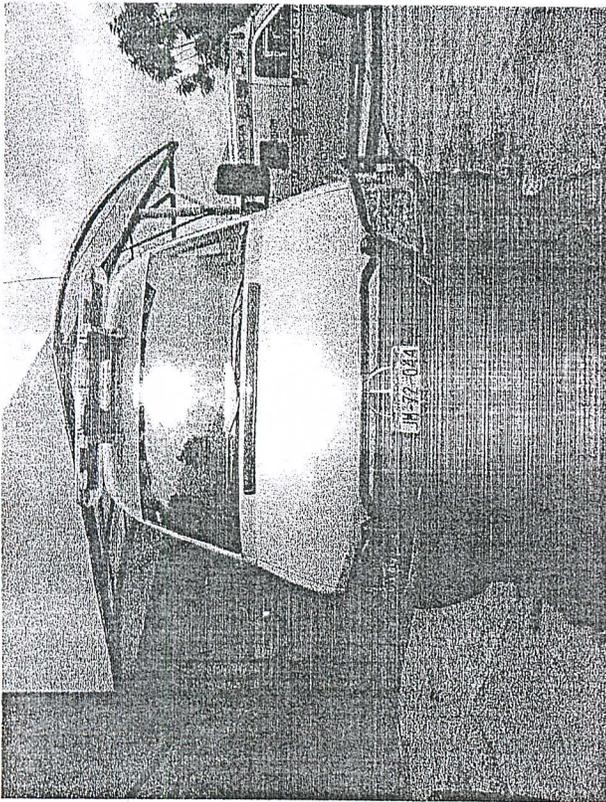
SI  NO



**REGULACIÓN DE LA REGIÓN SANITARIA X**  
**DR. DAVID ANTONIO WONG AVILES/ 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 (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-380-2466 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 TRÁMITE FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.

Copia trámite anterior.



Ambulancia Urgencias Básicas, N° Económico Z-023, Ubicada en la Unidad Sur, Mercedes Benz 2006, Placas: JM 72044

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN



SE C.F.P.A. 000620

LEER EN EL FORO LOS CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS  
 LETRA DE MAYÚSCULAS Y EN MAYÚSCULA

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

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS  
 AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE INSUMOS PARA LA SALUD  
 FÁBRICA DE DEPOSITOS MEDICOS  
 ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS  
 FÁBRICA DE MEDICAMENTOS 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  
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL  
 AMBULANCIAS (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL REGISTRO No. 4)

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMBIENTAL  
 ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR DE BIOLÓGICOS  
 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.
624232	Ambulatorio Terrestre Urgencia Residencia
621910	Servicios De Ambulancias

RAZÓN SOCIAL DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)  
 D.P.D. "SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN"

R.F.C. SSMO10830V83  
 C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)

CALLE PRIMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR COLON 289	COLONIA CENTRO	DELEGACIÓN O MUNICIPIO ZAPOPAN
CALLE PRIMERO INTERIOR ZAPOPAN REGULACION SANITARIA	CÓDIGO POSTAL 4 5 1 0 0	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO
CALLE Y CALLE ANAHUAC REGION SANITARIA X	ABASOLO	TELÉFONO 3633 23 13 FAX 3365 63 86

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO  
 CRUZ VERDE SUR

R.F.C.

CALLE PRIMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR CRUZ DEL SUR #3535	COLONIA LAS AGUILAS	DELEGACIÓN O MUNICIPIO ZAPOPAN
CALLE PRIMERO INTERIOR ZAPOPAN	CÓDIGO POSTAL 4 5 2 8 0	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO
CALLE Y CALLE AV. LOPEZ MATEOS	VIRGEN	TELÉFONO 38182200 E-3953 FAX 3631 94 71

HORARIO: D X I X M X J X V X S X DE 0 A 24 hrs  
 D I M J V S DE A

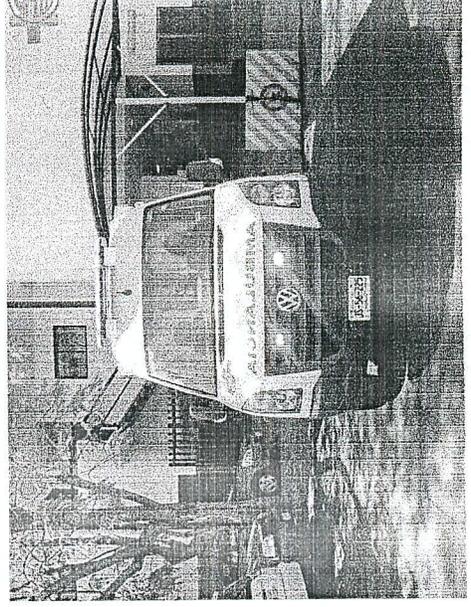
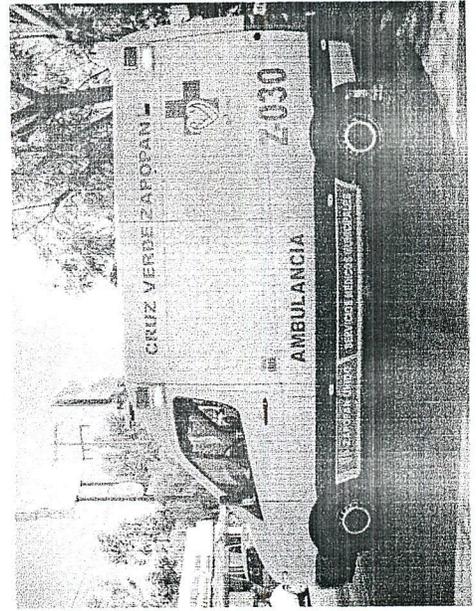
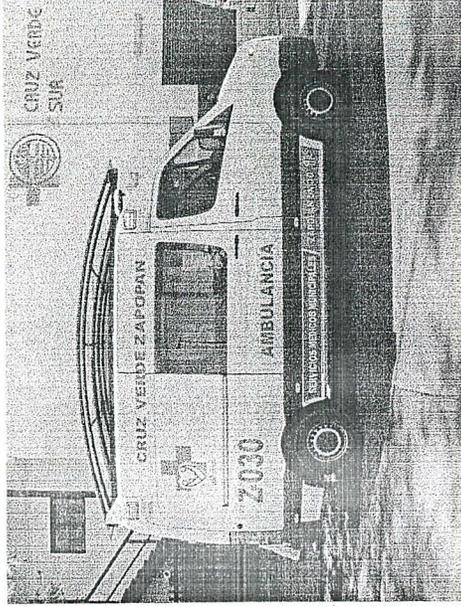
FECHA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES: 25 DIA 06 MES 1985 AÑO

RESPONSABLE LEGAL NOMBRE DRA. ADRIANA CAPURRO CEBALLOS	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO acapurro@ssmz.com.mx
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE LIC. DAVID ANTONIO WONG AVILES	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO juridicoopd@gmail.com

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

Productos y Servicios	<p>Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a Temperatura Ambiente Transporte a Temperatura de Refrigeración Distribución Expendio o Suministro al Público Almacenamiento a Temperatura Ambiente Almacenamiento a Temperatura de Refrigeración y/o Congelado</p>	Alimentos	<p>Cárnicos Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Rastros y obradores Productos de la pesca frescos y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harina y cereales Azúcar y productos de confitería Tés y productos para infusión Condimentos Suplementos Alimenticios Alimentos preparados (pastas, empaquetados, salsas) Huevo y derivados</p>
		Bebidas no alcohólicas	<p>Agua purificada Jugos y Nectares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas alertantes (con taurina, cafeína, gluconolactona, etc.)</p>
		Bebidas alcohólicas	<p>Fermentadas Destiladas Preparadas</p>
		Productos de perfumería y belleza	<p>Lociones, perfumes y desodorantes Tintes Productos para los ojos Productos para los labios Cremas, lociones y productos para la cara Cremas, bloqueadores, bronceadores y productos para el cuidado del cuerpo Shampoo y productos para el cuidado del cabello Jabones de tocador y toallas faciales de tocador</p>
		Productos de Aseo y Limpieza	<p>Detergentes (polvo, líquido y pasta) Blanqueadores o agentes oxidantes Aromatizantes Desinfectantes a base de amoníaco</p>
		Materia Primas	<p>Lácteos y cárnicos Féculas, harinas y derivados Aceites y grasas</p>
		Expendio y suministro de alimentos	<p>Comedores Industriales Restaurantes, taquerías, etc. Servicio de banquetes Bares, cafeterías, discotecas, etc. Cafeterías</p>
		Aditivos	<p>Calificantes o espesantes Edulcorantes Colorantes Saborizantes Antioxidantes Conservadores</p>
Insumos para la Salud	<p>Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución</p>	Medicamentos	<p>Medicamentos Alopáticos Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbolarios Medicamentos vitamínicos</p>
	<p>Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público</p>	Dispositivos Médicos	<p>Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Insumos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de curación Productos Higiénicos</p>
Salud Ambiental	<p>Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público</p>	Remedios Herbolarios	
		Plaguicidas	<p>Origen químico Botánicos Microbianos Misceláneos</p>
		Sustancias Tóxicas	Nombre de la sustancia tóxica
		Nutrientes Vegetales	<p>Orgánicos Inorgánicos</p>
		Productos con límite de metales pesados	<p>Cerámica vidriada Juguets Artículos escolares Otros</p>

Ambulancia Urgencias Básicas N° Económico Z-030, Ubicada en la  
Unidad Sur, Volkswagen Crafter 2011, Placas: JS56225



Copia trámite anterior

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN



NO. R.U.P.A.  
**00624**

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

**SELECCIONES DE TIPO DE TRÁMITE Y DE ACTIVIDAD**

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

FARMACIAS, BOTICAS Y DROGUERIAS (SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS)   
  FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS   
  ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS   
  ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NI CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS   
  FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS

ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS   
  CONSULTORIOS   
  COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS   
  CLINICAS DENTALES   
  LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS   
  AMBULANCIAS (SI MARCA ESTA OPCIÓN REQUISITA EL RECUADRO NO. 11)   
  SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

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.  
**604232**    **Ambulancia Terrestre Urgencias Básicas**



**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.: **SSM010830V83**

C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **COLON 289**   
 COLONIA: **CENTRO**   
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **ZAPOPAN**

LOCALIDAD: **ZAPOPAN**   
 CÓDIGO POSTAL: **45100**   
 ENTIDAD FEDERATIVA: **JALISCO**

ENTRE CALLE: **ANAHUAC**   
 Y CALLE: **ABASOLO**   
 TELÉFONO: **3633 23 13**   
 FAX: **3365 63 86**

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **CRUZ VERDE SUR**

R.F.C.

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **CRUZ DEL SUR NUM. 3535**   
 COLONIA: **LAS AGUILAS**   
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **ZAPOPAN**

LOCALIDAD: **ZAPOPAN**   
 CÓDIGO POSTAL: **45280**   
 ENTIDAD FEDERATIVA: **ZAPOPAN**

ENTRE CALLE: **AV. LOPEZ MATEOS**   
 Y CALLE: **VIRGEN**   
 TELÉFONO: **3818 22 00 E-3953**   
 FAX: **3631 94 71**

HORARIO: D X L X M X M X J X V X S X DE **0** A **24** HRS   
 FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES:   
 DIA:   
 MES:

REPRESENTANTE LEGAL: **DRA. ADRIANA CAPURRO CEBALLOS**   
 NOMBRE:   
 C.U.R.P.:   
 (DATO OPCIONAL):   
 CORREO ELECTRÓNICO: **acapurro@ssmz.com.mx**

PERSONA AUTORIZADA: **LIC. DAVID ANTONIO WONG AVILES**   
 NOMBRE:   
 C.U.R.P.:   
 (DATO OPCIONAL):   
 CORREO ELECTRÓNICO: **juridicoopd@gmail.com**

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

7.- PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO SELECCIONE LA(S) MODIFICACIÓN(ES) QUE DESEA 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 DE DECIR
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
RFC <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>		
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN 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	A	FECHA
<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR EL NÚMERO DE CAMPOS O ANEXAR HOJA CON MODIFICACIONES.

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGURESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS.

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

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

SI  NO

LIC. DAVID HONG AVILES/REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO



REGULACION SANITARIA  
REGION SANITARIA X

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CUM (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 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 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 TRÁMITE FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.

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

NOMBRE DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL H. AYUNT. CONST. DE ZAPOPAN  
DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO S.T. CRUZ VERDE LAS AGUILAS  
DOMICILIO CRUZ DEL SUR # 3535 FRACC LA CALMA  
COLONIA. Y/O LOCALIDAD  
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO ZAPOPAN  
ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO (14)

LICENCIA SANITARIA No.

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

AUTORIZADO PARA:

TRANSFUSION, SERVICIO DE

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

VENCIMIENTO

MES

AÑO

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



DR. ANTONIO MARIN LOPEZ  
DIRECTOR GENERAL

ESTA LICENCIA DEBERA ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO

SUBSECRETARIA DE RELACIONES  
INSTITUCIONALES

CENTRO NACIONAL  
TRASFUSIÓN SANGUÍNEA

SUBDIRECCIÓN DE CONTROL SANITARIO

3047 2036

GOYA 35 COL.INSURGENTES MIXCOAC 03920

AVISO DE RESPONSABLE DE SERVICIO  
DE TRANSFUSIÓN Núm.: 3978

7 AGO. 2001

**CRUZ VERDE LAS AGUILAS**  
**DR. ANDRÉS GUTIERREZ MENDOZA**

Cruz del Sur No. 33535  
Col. La Calma  
45280.-Zapopan, Jal.

En los términos de los artículos 316 de la Ley General de Salud y 93 fracciones I y II del Reglamento en la Materia 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 y el Acuerdo por lo que se dan a conocer los Trámites inscritos en el Registro FEDERAL DE TRÁMITES EMPRESARIALES que aplica la Secretaría de Salud y se establecen las medidas de Mejora Regulatoria y ANEXO Único.

Queda registrado en este Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea para ejercer como **RESPONSABLE SANITARIO** con título de **MEDICO CIRUJANO Y PARTERO** y Cédula Profesional No: **1291587** del Establecimiento arriba citado, propiedad de: **CRUZ VERDE LAS AGUILAS.**, asumiendo desde esta fecha las obligaciones inherentes a su cargo.

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.

**A T E N T A M E N T E**  
**SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN**

  
**DR. ANTONIO MARIN LOPEZ**  
**DIRECTOR GENERAL**

NOTA: Este Acuse es valido únicamente para el Establecimiento cuyo nombre, ubicación, propiedad y clasificación se expresan. Cualquier cambio o modificación sobre esos particulares motivará la presentación de nueva solicitud. Cuando el Responsable cese en sus funciones en este Establecimiento, lo comunicará por escrito a las autoridades competentes, en un plazo no mayor de cinco días, devolviendo este original.

Este documento debe colocarse a la vista del público y conservarse en buen estado.

NO. RUPA

001863

**SALUD**

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     
  AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO     
  AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO     
  AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD

<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DROGUERÍA	SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
---	---	---	--

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input checked="" type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	<input type="radio"/> CONSULTORIO <input checked="" type="radio"/> CLÍNICA DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECÍPULO No. 4)
--	--

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL

<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR DE PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	<input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES
--	--

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
621511	LABORATORIOS MÉDICOS Y DE DIAGNÓSTICO DEL SECTOR PÚBLICO

**2 DATOS DEL PROPIETARIO:**

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN		SSMO1083OU83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
COLÓN # 289			
COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO		
CENTRO HISTÓRICO	ZAPOPAN		
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
ZAPOPAN	4 5 1 0 0	JALISCO	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
CUITLÁHUAC	ANÁHUAC	36 33 09 29	

**3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
CRUZ VERDE SUR		SSMO1083OU83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
C. CRUZ del SUR # 3535		ZAPOPAN	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
ZAPOPAN	4 5 0 8 0	JALISCO	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
AV. LÓPEZ MATEOS	VIRGEN	38 18 22 00 EXT 3960	
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA	MES
D X L X M X M X J X V X S X DE 07:00 A 21:00		29	1
D L M M J V S DE			AÑO
			2013
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO	
DR. QUINTERO HERNÁNDEZ SERGIO		REGISTRACIÓN SANITARIA squintero@saludzapopan.gob.mx	
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO	
PASCUAL MALDONADO MORENO		intrex_00@hotmail.com	

TABLA "A"			
1.- Obtención	5.- Conservación	9.- Manipulación	13.- Almacenamiento a temperatura ambiente
2.- Elaboración	6.- Mezclado	10.- Transporte a temperatura ambiente	14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelado
3.- Fabricación	7.- Acondicionamiento	11.- Transporte a temperatura de refrigerador	15.- Expendio o suministro al público
4.- Preparación	8.- Envasado	12.- Distribución	

7

PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA 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"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		05 FEB 2013
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"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES  DE 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 A 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 REINICIO DE ACTIVIDADES  FECHA 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRA 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 MANTENERLOS 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 FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

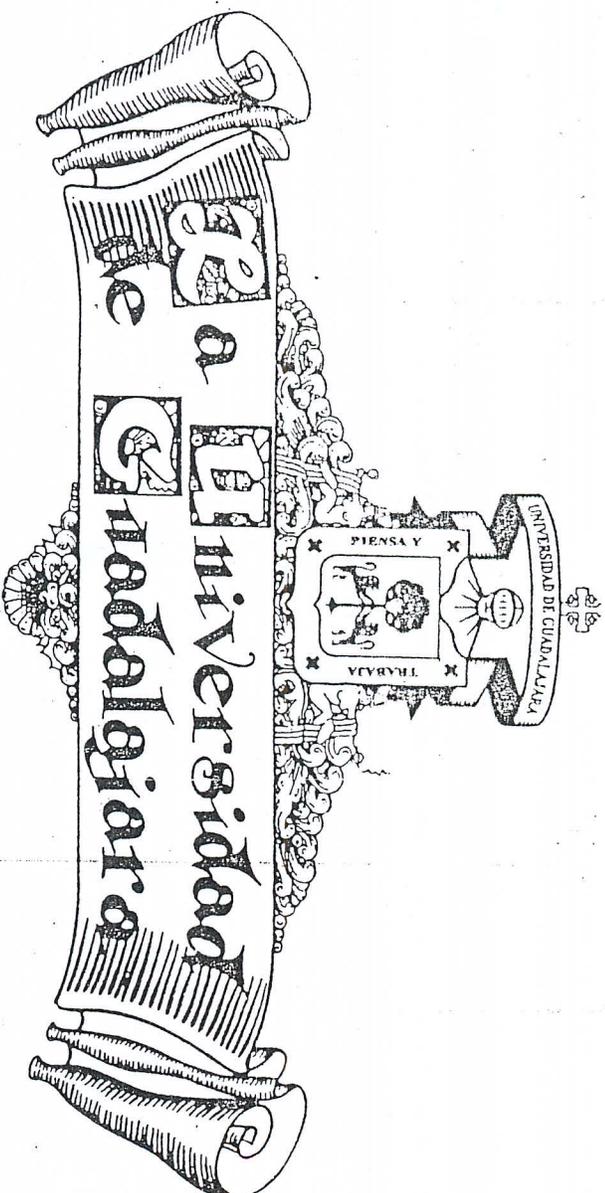
LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?

SI  NO

DR. QUINTERO HERNÁNDEZ SERGIO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

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 01800-386-24-66 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.

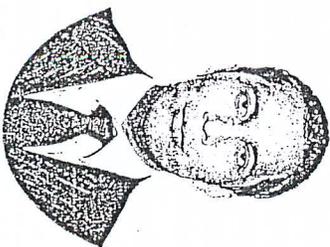


Otorga a

**Pascual Maldonado Moreno**

El título de

**Químico Farmacobiólogo**



En virtud de que terminó en forma debida los estudios que la ley señala, que fue aprobado en la modalidad de titulación correspondiente, y de que cumplió con todos los demás requisitos legales, para que pueda ejercer libremente la citada profesión, sin más limitaciones que las establecidas por la ley

“ Piensa y Trabaja ”

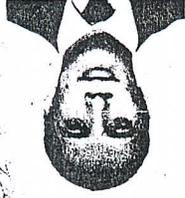
Guadalajara, Jal., México, a 20 de Julio de 2009.

El Rector General

El Secretario General



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
 DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES  
 CÉDULA 6270629  
 EN VIRTUD DE QUE  
 PASCUAL  
 NARCISO  
 MORENO  
 CUIP: MAMP93051-1HVZLR507  
 CUMPLA CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY  
 FEDERAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA EN MATERIA DE CONSTITUCIONAL  
 Y DE EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL  
 DISTRITO FEDERAL Y SU REGIÓN DE LA  
 CÉDULA  
 PERSONAL CON EFECTOS DE PATENTE PARA  
 EJERCER PROFESION ALMAGRE EN EL NIVEL DE  
 LICENCIATURA COMO  
 QUÍMICO FARMACOBIOLOGO  
 VICTOR EVERARDO BELTRAN CORONA  
 DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES

CÉDULA 6270629  
 SPP  
 México D.F. 10 de Febrero del 2010  
 FIRMA DE TITULAR  
  


UNIDAD DE EMERGENCIAS CRUZ VERDE SUR

SUB.DIRECCION MÉDICA

AMBULANCIA Z-023

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:	CRUZ DEL SUR NO. 3535 COLONIA LAS AGUILAS ZAPOPAN JALISCO



OPDSSAIZ  
DIRECCION DE URGENCIAS



UNIDAD DE EMERGENCIAS CRUZ VERDE SUR

SUB.DIRECCION MÉDICA

AMBULANCIA Z-025

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:	CRUZ DEL SUR NO. 3535 COLONIA LAS AGUILAS ZAPOPAN JALISCO

  
opdssmj  
DIRECCION DE URGENCIAS

*[Handwritten signature]*

UNIDAD DE EMERGENCIAS CRUZ VERDE SUR

SUB.DIRECCION MÉDICA

AMBULANCIA Z-030

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:	CRUZ DEL SUR NO. 3535 COLONIA LAS AGUILAS ZAPOPAN JALISCO

  
opd/ssmz  
DIRECCION DE URGENCIAS

*[Handwritten signature]*