

Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja

NO. RUPA

019032

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 DEL RESPONSABLE SANITARIO

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

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

FARMACIA HOMEOPÁTICA
 FARMACIA ALOPÁTICA
 BOTICA
 DROGUERÍA

SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS

FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS

ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)

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

CONSULTORIO
 CONSULTORIO DENTAL
 AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)

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

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES
 PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS

IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
812110	salones, clinicas de belleza y peluquerias

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **CASA AZUL SPA MEXICO S.A. DE C.V.**

R.F.C.: **CAS020228FY0**

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

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **JOSE BENITEZ 2238**

COLONIA: **OBISPADO**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **MONTERREY**

LOCALIDAD: **MONTERREY**

CÓDIGO POSTAL: **64060**

ENTIDAD FEDERATIVA: **NUEVO LEON**

ENTRE CALLE: **CARLOS HOLCK**

Y CALLE: **SIMON BOLIVAR**

TELÉFONO: **8183477751**

FAX:

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **CASA AZUL SPA MEXICO S.A. DE C.V.**

R.F.C.: **CAS020228FY0**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **JOSE BENITEZ 2238**

COLONIA: **OBISPADO**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **MONTERREY**

LOCALIDAD: **MONTERREY**

CÓDIGO POSTAL: **64060**

ENTIDAD FEDERATIVA: **NUEVO LEON**

ENTRE CALLE: **CARLOS HOLCK**

Y CALLE: **SIMON BOLIVAR**

TELÉFONO: **8183477751**

FAX:

HORARIO:	D	L	M	J	V	S	DE	A	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA	MES	AÑO
							09:00	A	21:00	28	2	2002
							09:00	A	20:00			

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO: **ELSA ENEDELIA MARTINEZ SOLIS**

C.U.R.P.: **MASE551004MTSRL00** (DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO: **direccion@casaazulspa.mx**

PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO:

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

CORREO ELECTRÓNICO:

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

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

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:

EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA

MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN

BAJA

NOMBRE COMPLETO

DR EDMUNDO MATEO BONETTI MEZA

R.F.C.

BOME550208T95

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO

HORARIO:

D	L	XX	M	XXX	M	XX	J	XX	V	XX	S	DE	8:00	A	12:00PM
D	L		M		M		J		V		S	DE		A	

BOME550208HCLNZD02

CON TÍTULO PROFESIONAL DE

MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

No. DE CÉDULA PROFESIONAL

653766

ESPECIALIDAD DE

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR

No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO

EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

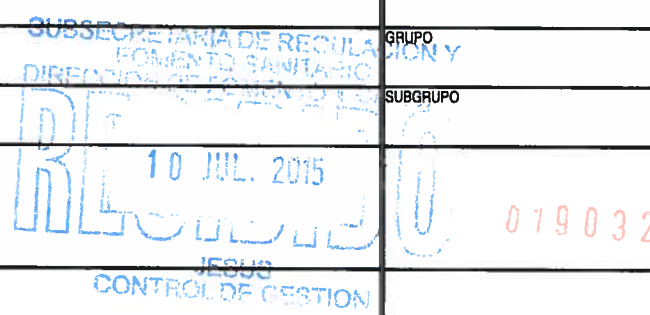
NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

PRODUCTO O SERVICIO
 NUEVO A MODIFICAR BAJA PRODUCTO O SERVICIO
 NUEVO YA MODIFICADO BAJA

2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"

CATEGORIA	GRUPO	SUBGRUPO

3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO



4) MARCA COMERCIAL

5) 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.
RAZON SOCIAL	RAZON SOCIAL

6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA

R.F.C.	R.F.C.
RAZON SOCIAL	RAZON SOCIAL

7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO

NACIONAL IMPORTADO NACIONAL IMPORTADO

8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"

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

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.



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

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-06-003 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

092624

LLENASE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.
LA CASA AZUL SPA MEXICO SA de CV			CAS020228FY0
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
José Benítez 2238		OBISPADO	64060
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL INTERESADO NO REALIZA EL TRAMITE)
MONTERREY	NUEVO LEON	8347-7751	Gerardo R. Davila CH.

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL			R.F.C.
LA CASA AZUL SPA MEXICO SA de CV			CAS020228FY0
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
José Benítez 2238		OBISPADO	64060
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)	NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS
MONTERREY	NUEVO LEON	8347-7751	

2.1.-TIPO DE ESTABLECIMIENTO

<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DONDE NO SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS	<input type="checkbox"/> DISPOSICION DE CADAVERES
<input type="checkbox"/> AMBULANCIAS	
<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS	
<input checked="" type="checkbox"/> SERVICIOS AUXILIARES AL TRATAMIENTO MEDICO CON DISPOSICION Y BANCOS DE ORGANOS Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS	
<input type="checkbox"/> CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL, ESPECIALIDAD, ODONTOLOGICOS Y CLINICAS DENTALES	
<input type="checkbox"/> LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS AUXILIARES AL DIAGNOSTICO MEDICO	

3.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	
MARTHA IVONNE	CRUZ	DAVILA	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
CERRO DEL TEPEYAC 612A		VALLE DE LAS CUMBRES	64347
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)	
MONTERREY	NUEVO LEON	8478-5357	
NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL	PROFESION / ESPECIALIDAD		
999621	MEDICO CIRUJANO PARTERO		

4.- TIPO DE TRAMITE

<input type="checkbox"/> DESIGNACION	<input type="checkbox"/> RENUNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> SUSTITUCION
--------------------------------------	-----------------------------------	---

5.- DOCUMENTOS ANEXOS

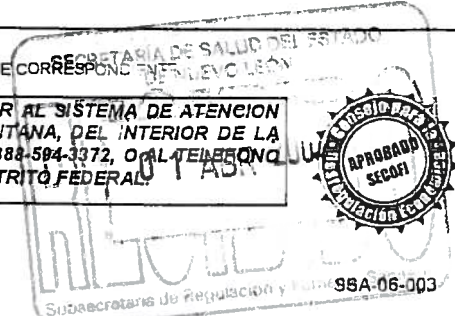
<input checked="" type="checkbox"/> ORIGINAL DE CARTA DE DESIGNACION, FIRMADA POR EL PROPIETARIO O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

Declaro bajo protesta de 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.

LUGAR Y FECHA	
Monterrey NL. 23 MARZO 2004	
FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO

EL PRESENTE SE PRESENTA ORIGINAL EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL CASO QUE CORRESPONDA EN EL VOUCHER

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-430-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-3372, O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL





SECRETARIA
DE
SALUD

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVO LEON
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
MATAMOROS 520 OTE CP 64000

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 47,200 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD
Y DEL ACUERDO SECRETARIAL No. 141 CON ESTA FECHA; ESTA JURISDICCION QUEDA
ENTERADA DE LA APERTURA DE ESTABLECIMIENTO

PROPIETARIO : LA CASA AZUL SPA MEXICO SA DE CV
R.F.C. PROP.: CAS 020228FY0
NOMBRE : LA CASA AZUL SPA MEXICO SA DE CV
R.F.C. EST. : CAS 020228FY0 1
GIRO : CONSULTA EXTERNA,
SERVICIOS PRIVADOS DE
DOMICILIO : JOSE BENITEZ 2238 2 PISO OBISPADO
LOCALIDAD : NUEVO LEON
MUNICIPIO : MONTERREY1
C.P. : 64060
TELEFONO : 83-47-77-51 FAX : 83-47-93-88
RESPONSABLE :
INICIO LABORES : 13-06-2002

EL PROPIETARIO O RESPONSABLE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, DECLARA
QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ES CIERTA Y ASUME LA RESPONSABILIDAD
DE LAS CONDICIONES SANITARIAS EN QUE OPERA EL ESTABLECIMIENTO.

LA SECRETARIA DE SALUD SE RESERVA LA FACULTAD DE VERIFICAR EN
CUALQUIER MOMENTO, EL CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACION EN MATERIA DE
PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.

MONTERREY N.L.
ELABORO: JESUS V

LUNES 11 DE NOVIEMBRE 2002
SELLO

TRAMITE GRATUITO



SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE
NUEVO LEON
Subsecretaria de Regulación y Fomento Sanitario