

Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción

Homoclave del formato



Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

TRÁMITE GRATUITO

Antes de llenar este **CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS** leer el listado de documentos anexos.
Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave y nombre del trámite

Homoclave: COFEPRIS-05-039 Nombre: Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción de Establecimientos Médicos.

2. Datos del propietario

Persona física

Persona moral

RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

RFC: MSJ8501018PO
Denominación o razón social:
H. AYUNTAMIENTO DE EL SALTO JALISCO
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: AONH8604129T3
CURP (opcional): AONH850412HJCCGC09
Nombre(s): HECTOR
Primer apellido: ACOSTA
Segundo apellido: NEGRETE
Lada:33
Teléfono: 32841240
Extensión: 159
Correo electrónico: hectorcostanegrete@gmail.com



Domicilio fiscal del propietario

Código postal:
45680
Tipo y nombre de vialidad: CALLE RAMON CORONA

Localidad: EL SALTO
Municipio o alcaldía: EL SALTO
Entidad Federativa: JALISCO
Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE 16 DE SEPTIEMBRE
Y vialidad (tipo y nombre): CALLE HIDALGO
Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE EMILIO CARRANZA
Lada: 33
Teléfono: 32841246

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)

Número exterior: 1 Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
COLONIA CENTRO

“De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)”

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios **22050740**

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) Extensión:

3. Datos del establecimiento

RFC: MSJ8501018PO Denominación o razón social: UNIDAD MEDICA LAS PINTAS

Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN
621116

Descripción del SCIAN
CLINICA DE CONSULTORIOS MEDICOS DEL SECTOR PUBLICO

Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

Horario de Operaciones

D L M M J V S de 00:00 a 23:59
D L M M J V S de HH:MM a HH:MM

Obra

Fecha de inicio de la obra: 01 / 04 / 2021
DD MM AAAA
Fecha de término de la obra: 28 / 02 / 2022
DD MM AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: 45690

Localidad: EL SALTO

Tipo y nombre de vialidad: CALLE MARCOS RAMIREZ

Municipio o alcaldía: EL SALTO

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)

Entidad Federativa: JALISCO

Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE REGINO VILLOBOBOS

Número exterior: 2602-A

Número interior:

Vialidad (tipo y nombre): CALLE EMILIANO ZAPATA

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
COLONIA LAS PINTAS

Vialidad posterior (tipo y nombre): AVENIDA DE LA SOLIDARIDAD IBEROAMERICANA

Lada: 33

Teléfono: 32841240

Extensión: 159

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

COPRISA
Comisión para la Protección
contra Riesgos Sanitarios

Ventanilla Única
RECIBIDO

13 MAYO 2022

Firma _____ Hora _____

4. Datos del perito responsable

Persona física

RFC: MOAU940824IG8
CURP (opcional): MOAU940824HJCR09
Nombre(s): URIEL ALBERTO
Primer apellido: MORENO
Segundo apellido: AHUMADA
Número del perito: G-4601-22
Número de Cédula Profesional: 12111323
Lada: 33
Teléfono: 34459658
Extensión:

Nombre del representante legal o apoderado sólo si el interesado no realiza el trámite

RFC: AONH8604129T3
CURP (opcional): AONH850412HJCCGC09
Nombre(s): HECTOR
Primer apellido: ACOSTA
Segundo apellido: NEGRETE
Lada:
Teléfono: 32841240
Extensión: 159

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

22050740

Correo electrónico: urielm@urusurbana.com

Domicilio del perito responsable

Código postal: 45180

Tipo y nombre de vialidad:

CALLE JARDINES DE LOS PINABETES

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)

Número exterior: 2 Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

COLONIA JARDINES DEL VERGEL

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: JARDINES DEL VERGEL

Municipio o alcaldía: ZAPOPAN

Entidad Federativa: JALISCO

Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE MANZANO

Y vialidad (tipo y nombre): CALLE LOS BELENES

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada: 33

Teléfono: 3334459658

Extensión:

5. Tipo de Obra

Superficie del terreno:

Seleccione la opción deseada:



Obra Nueva

Ampliación

Rehabilitación

Acondicionamiento o equipamiento

Regularización

Requisitos Documentales

- ❖ Formato "Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción", en original y copia simple legible debidamente requisitado.
- ❖ Original y copia simple legible del programa médico
- ❖ Original y copia simple legible del programa médico-arquitectónico en el que consideren, como mínimo las áreas para cada tipo de hospital, según su complejidad
- ❖ Original y copia simple legible de la memoria descriptiva
- ❖ Original y copia simple legible de los planos en papel y de preferencia en electrónico

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en caso de incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Interoctal de Atención Médica 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?

Sí

No

Nombre completo y firma autógrafa del propietario, o representante legal o director del establecimiento

Nombre completo y firma autógrafa del perito responsable

Firma

Hora

Lugar

Fecha

GUADALAJARA JALISCO

13 / 06 / 2022
DD MM AAAA

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al **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**.