



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-06-003 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

LLENÉSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

40000996

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.
LABORATORIOS CLINICOS DE MEXICO, S.A. DE C.V.			L C M 5 2 1 1 2 4 D V A
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
FRONTERA	4	ROMA	0 6 7 0 0
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO (S)	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO DE EL INTERESADO NO REALIZA EL TRAMITE)
CUAUHTEMOC	D. F.	5080-1002	

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			R.F.C.
LABORATORIOS CLINICOS DE MEXICO, S.A. DE C.V.			L C M 5 2 1 1 2 4 D V A
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
FRONTERA	4	ROMA	0 6 7 0 0
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO (S)	NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACIÓN MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS
CUAUHTEMOC	D. F.	5080-1002	923114

2.1.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO

<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DONDE NO SE PRACTICAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS	<input type="checkbox"/> DISPOSICIÓN DE CADAVERES
<input type="checkbox"/> AMBULANCIAS	
<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS	
<input type="checkbox"/> SERVICIOS AUXILIARES AL TRATAMIENTO MEDICO CON DISPOSICIÓN Y BANCOS DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CÉLULAS	
<input type="checkbox"/> CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL, ESPECIALIDAD, ODONTOLÓGICOS Y CLÍNICAS DENTALES	
<input checked="" type="checkbox"/> LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS AUXILIARES AL DIAGNOSTICO MEDICO	

"TRAMITE GRATUITO"

3.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
SILVIA MARIA	GARCIA	FARIAS
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD
C. CANDELARIA	MZA. 23 LT 11	CANDELARIA
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO (S):
GUSTAVO A. MADERO	D. F.	- - -
NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL	PROFESIÓN / ESPECIALIDAD	
1751097	QUIMICO BACTERIOLOGO PARASITOLOGO	

4.- TIPO DE TRAMITE

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

5.- DOCUMENTOS ANEXOS

<input checked="" type="checkbox"/> ORIGINAL DE CARTA DE DESIGNACIÓN, 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	COORDINACIÓN DE FOMENTO SANITARIO Ventanilla Única
MEXICO, D. F., A 24 DE MAYO DE 2002	
FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS: 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL: 1888-594-3372, O AL TELÉFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.



SSA-06-003