



GUIA DE LLENADO FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA ESTATAL

SI EL FORMATO PRESENTA TACHADURAS, ENMENDADURAS O PRESENTA EL LLENADO COMBINADO EN COMPUTADORA Y LETRA MOLDE SIN EXCEPCION SE RECHAZARA EL TRÁMITE.

PUNTO 1A RESPONSABLE SANITARIO - SI EL ESTABLECIMIENTO REQUIERE RESPONSABLE SANITARIO; CRUCE CON UNA "X" LA FIGURA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE SOLICITUD QUE VA REALIZAR

PUNTO 1B.- CRUCE CON UNA "X" O RELLENE LA FIGURA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE SOLICITUD QUE VA REALIZAR SI SE TRATA DE LICENCIA O PERMISO. DESPUÉS TAMBIÉN SELECCIONARA EL CUADRO, SI SE TRATA DE ALTA, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN.

- SELECCIONE CON UNA "X" EL TIPO DE TRÁMITE:

POR EJEMPLO: LICENCIA DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS.

- SELECCIONE CON UNA "X" LA MODALIDAD Y ACTIVIDAD DE SU ESTABLECIMIENTO

EJEMPLO: SERVICIOS FUNERALES

CLAVE S.C.I.A.N:

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN INDUSTRIAL DE AMÉRICA DEL NORTE (SCIAN), ELABORADO POR EL INEGI CON EL OBJETIVO DE PROPORCIONAR UN MARCO ÚNICO, CONSISTENTE Y ACTUALIZADO PARA LA RECOPIACIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE ESTADÍSTICAS DE TIPO ECONÓMICO, SE PRESENTA EN UN CATÁLOGO DE ACTIVIDADES QUE PERMITE IDENTIFICAR MEDIANTE UN CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN.

LA UNIDAD DE CONTROL SANITARIO CORRESPONDIENTE A SU MUNICIPIO, LE PROPORCIONARA EL CATALOGO DE LAS CLAVES PARA EL GIRO DE SU ESTABLECIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N

POR CADA LICENCIA SANITARIA PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA CLAVE SIEMPRE Y CUANDO CORRESPONDAN A LA MISMA ÁREA.

DESCRIPCIÓN COMPLETA Y SIN MODIFICAR DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) QUE REALIZA EL ESTABLECIMIENTO CORRESPONDIENTE A LA CLAVE SCIAN SELECCIONADA.



PUNTO 2.- DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) - NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS (PERSONA FÍSICA O MORAL) BAJO EL CUAL SE ENCUENTRA REGISTRADO EL PROPIETARIO ANTE LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (SHYCP)

R.F.C.- REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES BAJO EL CUAL ESTÁ REGISTRADO EL PROPIETARIO ANTE LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (SHYCP)

DOMICILIO FISCAL.- NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS DE LA CALLE EN LA QUE SE UBICA EL DOMICILIO FISCAL Y SU NÚMERO EXTERIOR Y EN CASO DE CONTAR CON NÚMERO O LETRA INTERIOR, TAMBIÉN ANOTARLO.

COLONIA.- NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS DE LA COLONIA O EQUIVALENTE DE DONDE SE UBICA EL DOMICILIO FISCAL.

LOCALIDAD.- LOCALIDAD EN DONDE SE ENCUENTRA EL DOMICILIO FISCAL.

ENTIDAD FEDERATIVA.- ENTIDAD FEDERATIVA SIN ABREVIATURAS EN DONDE SE ENCUENTRA EL DOMICILIO FISCAL.

ENTRE VIALIDAD Y VIALIDAD: ENTRE QUE AVENIDA, BOULEVARD, CALLE, CARRETERA, CAMINO, PRIVADA, TERRACERÍA, ENTRE OTROS DONDE SE ENCUENTRA EL DOMICILIO FISCAL DE LA EMPRESA, POR EJEMPLO: AVENIDA PERIFÉRICO, CERRADA DE SAN IGNACIO, CARRETERA PICACHO AJUSCO.

TELÉFONO(S) CLAVE LADA, TELÉFONO Y EXTENSIÓN. EJEMPLO 662 + TELÉFONO LOCAL + EXTENSIÓN

PUNTO 3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.- NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS DEL ESTABLECIMIENTO, SIN USAR COMILLAS. EJEMPLO: HOTEL EL MAR, FUNERARIA LEON S.A DE C.V, ETC

R.F.C.- DEBE DE CORRESPONDEN AL MISMO RFC INDICADO EN EL APARTADO DE DATOS DEL PROPIETARIO.

DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO.- NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS DE LA CALLE EN LA QUE SE UBICA EL ESTABLECIMIENTO Y SU NÚMERO EXTERIOR Y EN CASO DE CONTAR CON NÚMERO O LETRA INTERIOR, TAMBIÉN ANOTARLO.



COLONIA.- NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS DE LA COLONIA O SU EQUIVALENTE EN DONDE SE UBICA EL ESTABLECIMIENTO.

LOCALIDAD.- LOCALIDAD EN DONDE SE ENCUENTRA EL DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO,

ENTIDAD FEDERATIVA.- ENTIDAD FEDERATIVA SIN ABREVIATURAS EN DONDE SE ENCUENTRA EL DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO.

ENTRE VIALIDAD Y VIALIDAD: ENTRE QUE AVENIDA, BOULEVARD, CALLE, CARRETERA, CAMINO, PRIVADA, TERRACERÍA, ENTRE OTROS DONDE SE ENCUENTRA EL DOMICILIO FISCAL DE LA EMPRESA, POR EJEMPLO: AVENIDA PERIFÉRICO, CERRADA DE SAN IGNACIO, CARRETERA PICACHO AJUSCO.

TELÉFONO(S).- CLAVE LADA, TELÉFONO Y EXTENSIÓN... EJEMPLO 662 + TELÉFONO LOCAL + EXTENSIÓN.

REPRESENTANTE LEGAL.- (ARTÍCULO 19 DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO)

PERSONA AUTORIZADA:
(ARTÍCULO 19 DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO)

PUNTO 4.- DATOS DE LA CARROZA FUNERARIA

INDICAR LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL VEHÍCULO DE ACUERDO A CADA TIPO DE UNIDAD.

MARCA.- MARCA DE LA CARROZA

MODELO.- MODELO DE LA CARROZA

NO. DE PLACAS.- NO. DE PLACAS ASIGNADAS POR LA SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.

COLOR.- COLOR DISTINTIVO DE LA CARROZA

NÚMERO DE SERIE.- NÚMERO DISTINTIVO DE UN VEHICULO, UBICADO EN TARJETA DE CIRCULACIÓN

PUNTO 5.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE COMPLETO.- NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS DEL RESPONSABLE SANITARIO.

R.F.C.- REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES BAJO EL CUAL ESTÁ REGISTRADO EL RESPONSABLE SANITARIO ANTE LA SHYCP. NO OLVIDE INDICAR LA HOMONIMIA



HORARIO: CRUCE CON UNA X LOS DÍAS DE LA SEMANA QUE EL RESPONSABLE SANITARIO SE ENCONTRARA LABORANDO EN EL ESTABLECIMIENTO, INDIQUE A CONTINUACIÓN LA HORA DE ENTRADA Y LA DE SALIDA.

CON TÍTULO PROFESIONAL DE.- TÍTULO PROFESIONAL TAL Y COMO APARECE EN EL DOCUMENTO OFICIAL

NO. DE CÉDULA PROFESIONAL.- NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL TAL Y COMO APARECE EN EL DOCUMENTO OFICIAL.

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO.-FIRMA AUTÓGRAFA DEL RESPONSABLE SANITARIO

EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE INDIQUE NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO.- REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

PUNTO 6.- DATOS DE ESTABLECIMIENTO PARA ALBERCAS Y/O BALNEARIOS (TODOS LOS CAMPOS DEBEN SER REQUERIDOS):

DESCRIPCION.- ESPECIFICACIÓN DE LA ALBERCA O BALNEARIO

NO. ALBERCAS.- INDIQUE EL NUMERO DE ALBERCAS O BALNEARIO QUE CUENTA EL ESTABLECIMIENTO.

MEDIDAS DE ALBERCAS O BALNEARIO.- INDIQUE LAS MEDIDAS APROXIMADAS DE LAS ALBERCAS, SI CUENTA CON MÁS DE UNA SEPARAR POR COMAS. EJEMPLO: 3X7 M2, 130X27 M2

VOLUMEN DEL AGUA.- CANTIDAD DE AGUA QUE UTILIZAN CADA UNA DE LAS ALBERCAS.

DESCRIPCIÓN EQUIPO DE DOSIFICADOR Y CONTROL.- DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL EQUIPO QUE SE UTILIZA PARA SUMINISTRAR LAS CANTIDADES DEL PRODUCTO O SUSTANCIA DE LAS ALBERCAS.

TIPO DE EQUIPO DE DOSIFICADOR Y CONTROL.- CLASIFICACIÓN DEL EQUIPO DE DOSIFICADOR Y CONTROL QUE SE UTILIZA EN LAS ALBERCAS.

MARCA DEL EQUIPO DE DOSIFICADOR Y CONTROL.- MARCA DEL EQUIPO DOSIFICADOR Y CONTROL QUE SE UTILIZA EN LAS ALBERCAS



PRODUCTOS QUÍMICOS DE DESINFECCIÓN.- EXPLICACION DETALLADA DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS QUE UTILIZAN PARA EL CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE LAS ALBERCAS.

FICHA TÉCNICA.- DESCRIBIR COMO SE UTILIZAN Y CUÁL ES EL CONTENIDO DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS. (CONFORME A LA FICHA TÉCNICA CONTENIDA EN LA ETIQUETA).

TIPO DE SERVICIOS.-

CRUCE CON UNA "X" LA FIGURA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE SERVICIO, QUE ESTARÁ DIRIGIDO EL ESTABLECIMIENTO PARA: RECREACIÓN, ENSEÑANZA O DEPORTIVO.

EMPRESAS QUE OTORGAN SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y/O CONSULTORÍA.-

INDICAR EL NOMBRE DE LAS EMPRESAS QUE OTORGA EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO O CONSULTORÍA A LAS ALBERCAS.

CURSOS DE CAPACITACIÓN.-

INDIQUE EL NÚMERO DE CURSOS DE CAPACITACIÓN QUE SE AH PROPORCIONADO AL PERSONAL

PERSONAL.-

INDIQUE EL NOMBRE, PUESTO Y CUANTAS CAPACITACIONES TIENE EL PERSONAL QUE BRINDA EL SERVICIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE ALBERCA Y/O BALNEARIO

PUNTO 6A.- ACCESORIOS CON LOS QUE CUENTA EL ESTABLECIMIENTO:

RELLENE Y SEÑALE CON NÚMEROS ARÁBIGOS LA CANTIDAD DE SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL ESTABLECIMIENTO: ESCALERAS, TRAMPOLINES, SALVAVIDAS, GANCHOS, CALLES, ASPIRADORAS, Y FLOTADORES.

PUNTO 6B.- SERVICIOS CON QUE CUENTA EL ESTABLECIMIENTO:

RELLENE O SEÑALE CON UNA "X" LOS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL ESTABLECIMIENTO: BOTIQUÍN, TELÉFONOS, LETREROS, BAÑOS, RED PÚBLICA, POZO, CISTERNA Y/O REGADERAS.

EN EL RECUADRO, INDIQUE LA CANTIDAD DE USUARIOS PROMEDIO QUE RECIBE POR DÍA, MES Y AÑO EN EL ESTABLECIMIENTO.

PUNTO 7.- DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO A MODIFICAR:

RELLENE LA CATEGORÍA, GRUPO Y SUBGRUPO DEL PRODUCTO O SERVICIO DEL TRÁMITE:

PUNTO 8. PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON LICENCIAS, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN(ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS.



MARQUE EN LOS RECUADROS CORRESPONDIENTES LA O LAS MODIFICACIONES QUE DESEA REALIZAR, ENSEGUIDA EN LA COLUMNA "DICE" ANOTE DATOS COMPLETOS TAL Y COMO LOS TIENE NOTIFICADOS ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD HOY DÍA (SÓLO LOS DATOS QUE DESEA MODIFICAR), DESPUÉS EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" ANOTE LOS DATOS COMPLETOS TAL Y COMO DESEA QUE QUEDEN YA MODIFICADOS:

- RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL
- RFC
- DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO
- CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS
- REPRESENTANTE LEGAL
- PERSONA AUTORIZADA

DICE ANOTE LOS DATOS COMPLETOS QUE SERÁN CAMBIADOS, TAL Y COMO LOS NOTIFICÓ A TRAVÉS DEL LA LICENCIA SANITARIA

BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO MARQUE CON UNA X EN CASO DE REALIZAR BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE COMPLETO, APELLIDOS, CARGO OFICIAL Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL SOLICITANTE