

**Solicitud de Autorización de Responsable**

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

Estancia Infantil Bugambilas S.C.

NOMBRE

EIB 939810 859

LETRAS NUMEROS HOMONIMIA

Hnos Vazquez Gomez 180 SUR

R.F.C.

DOMICILIO: CALLE, No. Y LETRA.

Centro

COLONIA

87000

CODIGO POSTAL

Cd. Victoria

DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO

LOCALIDAD

Tamaulipas

3150453

ENTIDAD FEDERATIVA

TELEFONO

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COEPRIS**

TIPO DE MOVIMIENTO

A

R

No. DE ENTRADA

No. ANTERIOR

ESTABLEC.

TRAMITE

N

E

VENCIMIENTO

MES AÑO

**DATOS DEL RESPONSABLE O AUXILIAR DE RESPONSABLE**

Gonzalez San Miguel Rodolfo Fario

NOMBRE: APELLIDO PATERNO

MATERNAL

NOMBRE (S)

GOSR-500927-525

LETRAS NUMEROS HOMONIMIA

Gaspar de la Garza #3569

DOMICILIO: CALLE, NUMERO Y LETRA EXTERIOR E INTERIOR

C.P.

Villa Jardín

COLONIA

CLAVE

Cd. Victoria

DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO

CLAVE

Tamaulipas

ENTIDAD FEDERATIVA

8343161314

TELEFONO

TITULO O CERTIFICADO EXPEDIDO POR

CEDULA PROFESIONAL

ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN

AÑOS DE EXPERIENCIA

REG. S.S.A.

7:00 - 6:00 PM

HORARIO DEL ESTABLECIMIENTO

CLAVE

DE \_\_\_\_ A \_\_\_\_ Y DE \_\_\_\_ A \_\_\_\_ HRS.

HORARIO DE ASISTENCIA

SOLICITUD DE  
RESPONSABLE:  
AUX. DE RESP.:

**SOLICITUD PARA EL GIRO DE:**

SOLICITA AUTORIZACION PARA LA RESPONSIVA CORRESPONDIENTE MANIFESTANDO

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CONTAR CON LOS CONOCIMIENTOS EXIGIDOS, ASI COMO

EL CUMPLIR Y HACER CUMPLIR EN LO QUE RESPECTA A LA LEY GENERAL DE SALUD,

LOS REGLAMENTOS QUE EMANEN DE LA MISMA Y NORMAS TÉCNICAS DE LA S.S.A.

**DOCUMENTOS ANEXOS**

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

ALTA ANTE LA S.H.C.P.  
LICENCIA SANITARIA  
TITULO O CERTIFICADO PROFESIONAL  
COPIA DE TRAMITE ANTERIOR  
CEDULA PROFESIONAL  
ESPECIALIZACION

OTROS:

**RECIBIDO**

02 MAR. 2020

SELLO DE RECIBIDO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL AUXILIAR DE  
RESPONSABLE