



**SECRETARIA DE SALUD**  
**DIRECCION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS**  
**DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

2949

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

**SSS-06-05 PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS**

<input type="checkbox"/> <b>A</b> DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS (INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL)	<input type="checkbox"/> <b>B</b> TRASLADO DE CADAVERES	<input type="checkbox"/> <b>C</b> INTERNACION O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL
<input type="checkbox"/> <b>D</b> EXHUMACION PREMATURA.	<input type="checkbox"/> <b>E</b> EXHUMACION	<input checked="" type="checkbox"/> <b>F</b> INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HRS O DESPUES DE 48 H DE OCURRIDO EL DECESO

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

**1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO <b>LATINOAMERICANA RECINTO FUNERAL</b>		R.F.C. <b>P A A 0 7 0 9 0 7 6 2 3</b>
DOMICILIO CALLE, NUMERO EXTERIOR <b>CALLE SEXTA</b>	NUMERO O LETRA INTERIOR <b>16702</b>	COLONIA O LOCALIDAD <b>CIENEGA</b>
CODIGO POSTAL <b>2 2 1 2 0</b>	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO <b>TIJUANA</b>	ENTIDAD FEDERATIVA <b>BAJA CALIFORNIA</b>
		Nº LICENCIA SANITARIA <b>00 38 2 00 6A F M</b>
		TELEFONO (S) <b>687-15-50</b>

**2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO**

NOMBRE (S) <b>JORGE ALBERTO</b>	APELLIDO PATERNO <b>ORTIZ</b>	APELLIDO MATERNO <b>GARCIA</b>	R.F.C.
------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------

**3.- DISPOSICION DE CADAVERES HUMANOS**

MODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACION
A. INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS	PROCEDENCIA LUGAR DE DESTINO	
B. TRASLADO DE CADAVERES	LUGAR DE DESTINO.	EMBALSAMADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C. INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL	PROCEDENCIA O DESTINO	EMBALSAMADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D. EXHUMACION PREMATURA	LUGAR DE LA INHUMACION	MOTIVOS DE LA EXHUMACION Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
E. EXHUMACION	LUGAR DE DESTINO	
INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO		
LUGAR DONDE SE REALIZARA <b>INCINERAR EN EL CREMATORIO ECOLOGICO LATINOAMERICANO, PARA CONSERVAR CENIZAS EN DOM.PARTICULAR,</b>		EMBALSAMADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**4.- DATOS DEL FINADO**

NOMBRE (S) <b>RAMON GONZALEZ CANO.</b>		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD <b>54 AÑOS</b>
SEXO. <b>M.</b>	HORA Y FECHA DE LA DEFUNCION <b>13.05.2017 10:30</b>			

**5.- DATOS DEL SOLICITANTE**

NOMBRE (S) <b>RAMON GONZALEZ MENDEZ</b>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PARENTESCO	FIRMA
--	------------------	------------------	------------	-------

TIJUANA B.C. LUGAR Y FECHA  
**16.05.2017**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO (EXCLUSIVAMENTE PARA LA MODALIDAD DEL TRAMITE A INTERNACION O SALIDA).  
**JORGE ALBERTO ORTIZ GARCIA**



**6.-RESOLUCION**

**MTRA.MARIA GUADALUPE SILVIA CHAVEZ MAGAÑA**