

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
RECIBIDO
30 MAY 2017
RECIBIDO
UNIDAD REGIONAL DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS EN TIJUANA

Avisos

46

Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de ingreso

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-03
Número de RUPA

Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y 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.

Autógrafa

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	Cofepris-03-014	Nombre:	AVISO DE PREVISIONES DE COMPRA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN ESTUPEFACIENTES PARA FARMACIAS
Modalidad:	DROGUERIAS Y BOTANICAS		

2. Datos del propietario

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:

Persona moral	
RFC:	CRM6702109K6
Denominación o razón social:	CRUZ ROJA MEXICANA
Representante legal o apoderado que solicita el trámite	
Nombre(s):	ALBERTO
Primer apellido:	QUINTANAR
Segundo apellido:	HERNANDEZ
Lada:	01664
Teléfono:	6086700
Extensión:	6733
Correo electrónico:	direcciongeneral@cruzrojatijuana.org.mx

"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)"

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

RECIBIDO
30 MAY 2017
RECIBIDO
UNIDAD REGIONAL DE PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS EN TIJUANA

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: **22340**
 Tipo y nombre de vialidad: **Alfonso Gamboa Esq.E. Silvestre**
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
 Número exterior: **S/N** Número interior:
 Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
2da. Etapa Zona Rio
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: **Tijuana**
 Municipio o alcaldía: **Tijuana**
 Entidad Federativa: **Baja California**
 Entre vialidad (tipo y nombre): **Alfonso Gamboa**
 Y vialidad (tipo y nombre): **Esq. E. Silvestre**
 Vialidad posterior (tipo y nombre): **2da. Etapa Zona Rio**
 Lada: **01664**
 Teléfono: **6086700**
 Extensión: **6713**

3. Datos del establecimiento

RFC: **CRM6702109K6** Denominación o razón social: **FRAMACIA INTRAHOSPITALARIA CRUZ ROJA MEXICANA**
 Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN	Descripción del SCIAN
464111	FARMACIA SIN MINISUPER CON VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS, BIOLÓGICOS Y/O HEMODERIVADOS

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.

Responsable sanitario
 Nombre(s): **JAIME**
 Primer apellido: **ROMO**
 Segundo apellido: **CARDENAS**

Horario del establecimiento
 Horario de operaciones:

D	L	M	M	J	V	S	de	07:00 HRS	a	19:00 HRS
X	X	X	X	X	X	X		HH MM		HH MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH MM	a	HH MM

 Fecha de inicio de operaciones: DD / MM / AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: **22340**
 Tipo y nombre de vialidad: **Alfonso Gamboa y Esq. E. Silvestre**
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
 Número exterior: **S/N** Número interior:
 Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
2da. Etapa Zona Rio
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: **TIJUANA**
 Municipio o alcaldía: **TIJUANA**
 Entidad Federativa: **BAJA CALIFORNIA**
 Entre vialidad (tipo y nombre): **ALFONSO GAMBOA**
 Y vialidad (tipo y nombre): **ESQ. E. solvestre**
 Vialidad posterior (tipo y nombre): **2da. Etapa Zona Rio**
 Lada: **001664**
 Teléfono: **6086700**
 Extensión: **6733**

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