



FOLIO

No. CONSECUTIVO		MES		AÑO			

**A. DATOS DEL SOLICITANTE**

RUPA:

C.U.R.P.:

**Nombre o Razón Social:**

R.F.C

**Domicilio del Contribuyente**

Calle

No. y Letra Interior y Exterior

Entre las calles de:

y:

Colonia:

C.P. :

Localidad:

Municipio:

Teléfono:

E-mail:

**Persona Moral**

Apoderado Especial

Apoderado General

Otro

(Carta Poder Notariada) (Escritura Pública) **B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

Nombre Comercial del Establecimiento:

**Domicilio de la Negociación**

Calle

Entre las calles:

No. y letra exterior e Interior:

Clave Catastral:

Colonia

C.P.

Localidad

Municipio

Teléfono

Clave Programa Municipal de Desarrollo Urbano

¿El establecimiento esta funcionando actual mente?

Si No 

Tiempo de Operación:

Superficie del Terreno (m<sup>2</sup>)Superficie Construida (m<sup>2</sup>)

Superficie Utilizada por la Empresa:

Altura de la Edificación:

Número de Cajones de Estacionamiento:

**C. DATOS DE LA ACTIVIDAD:**

Alta por:

inicio de operaciones Regularización 

Giro:

Industria Comercio Servicios Otro 

Tipo de Establecimiento:

Matriz Sucursal 

Clave CMAP

Actividad según catálogo

Inversión estimada en pesos:

Total de empleados:

Total de visitantes que acuden al lugar:

**Materias primas y Productos Utilizados**

Denominación:

Volumen Mensual:

U.M.(Kg., L, Gal, etc.)

**Productos Terminados:** (En su Caso)**Residuos Generados:**

Líquido:

Sólido:

Gaseoso:

**Inventario de Combustibles:**

(Incluir Tipos, Volumen y Formas de Almacenamiento)

Maquinaria y equipo más importante

Uso o Empleo

**D. SSA-06-002 AVISO DE FUNCIONAMIENTO** (*Establecimientos de Atención médica y Laboratorios de patología Clínica*)

Nombre del Responsable sanitario

Profesión/Especialidad del Responsable del Establecimiento

Numero de Cedula Profesional

Numero de Cedula de Especialidad

Registro Estatal SSA

**Datos del Responsable del Establecimiento**

Nombre Completo:

Localidad:

C. P.

Domicilio: Calle

Nº y Letra interior y exterior:

Colonia:

Teléfono:

Entidad Federativa:

Delegación o Municipio:

**Aviso para Ambulancias:**

Nombre Económico

Numero de placas

Traslado

Urgencias

Terapia Intensiva

Nombre Económico	Numero de placas	Traslado	Urgencias	Terapia Intensiva

**E. SSA-04-001-A AVISO DE FUNCIONAMIENTO****Línea de Productos**

Elija el Giro y los Procesos Conforme al Instructivo

Giro	Proceso						Descripción del Proceso	Marca (Nombre Comercial)	Si maquila el producto. Señale el RFC y el nombre de la empresa a la cual maquila	Si es maquilado señale el RFC y el nombre de la empresa maquiladora	IMP	NAC
	1	2	3	4	5	6						
	1	2	3	4	5	6						
	7	8	9	10	11	12						
	1	2	3	4	5	6						
	7	8	9	10	11	12						
	1	2	3	4	5	6						
	7	8	9	10	11	12						

**F. PADRON ESTATAL DE CONTRIBUYENTES**

Agencia Fiscal:

No. Registro Patronal (IMSS):

Fecha de Inicio

Ante el SAT:

Ante el IMSS:

**Obligaciones Fiscales:** Impuesto del 2% (I.S.R.T.P.)**G. RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO:**

SEÑALE LA CAUSA LEGAL POR LA QUE ACTUALMENTE ES POSEEDOR DEL INMUEBLE DONDE ESTÁ EL ESTABLECIMIENTO:

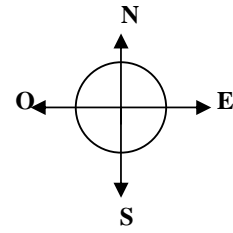
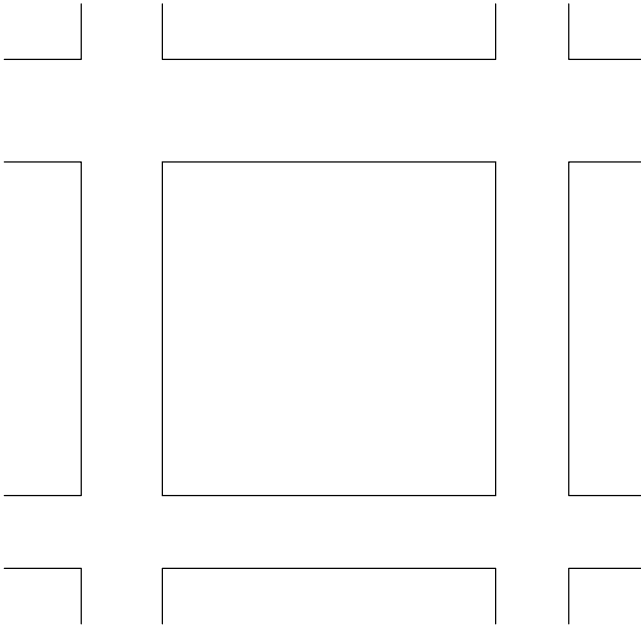
POR SER PROPIETARIO O COPROPIETARIO

POR SEARRENDATARIO

POR SER COMODATARIO

POR OTRA CAUSA (sujeta a comprobación ante la autoridad)

## H. CROQUIS DE LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:



Indique:  
1. Nombre de las calles  
2. Dibuje Ubicación del local  
En caso de no ser esquina indique distancias  
o número de predios hasta la próxima esquina  
Derecha: \_\_\_\_\_ Izquierda: \_\_\_\_\_

### OPCIONAL

Indique las actividades de los locales  
colindantes a su negocio:

Frente: \_\_\_\_\_  
L. izq.: \_\_\_\_\_  
L. Der: \_\_\_\_\_  
Atrás: \_\_\_\_\_

## I. CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:

**Señalar:**

- 1.- Área de Almacenamiento
- 2.- Área Administrativas
- 3.- Área de Producción
- 4.- Localización y Tipo de equipo a utilizar
- 5.- Centro de Carga
- 6.- Área de Exhibición y Atención a clientes
- 7.- Extintores
- 8.- Descripción del entorno del local
- 9.- Cajones de Estacionamiento

#### **J. OBSERVACIONES DE PROTECCIÓN CIVIL:**

- 1.- Extintor de 4.5 kg., polvo químico seco tipo ABC (1 por cada 50 mts), o extintor de CO, para establecimientos que expandan o manejen para su operación aparatos electrónicos o manejen alimentos. Ambos tipos de extintores deberán contar con carga vigente y señalamiento a 1.50 mts. De altura.
- 2.- Las instalaciones eléctricas deberán estar ocultas en canaleta o en tubo conductil.
- 3.- En caso de que el establecimiento cuente con instalaciones de gas L.P., deberán estar en tubo de cobre o collex, pintadas con esmalte color amarillo; en caso de contar con cilindro, se deberá instalar en un lugar ventilado, y no a menos de 3.00 mts. de contactos eléctricos, además el tanque no deberá tener más de 10 años de uso.
- 4.- Iluminación y ventilación natural y/o artificial adecuada para la actividad a realizar
- 5.- Botiquín de primeros auxilios, el cual deberá contener: gasas estériles 10x10, 1 bolsa chica de algodón plisado, carrete tela adhesiva, 2 vendas elásticas de 10 x 5 cm., 1 frasco de Isodine de 100 ml., agua oxigenada, mertiolathe.  
El botiquín deberá ser instalado a una altura de 1.50 a 1.80 mts.
- 6.- Baño en funcionamiento. En caso que el giro requiera sanitarios para el público, deberá contar al menos con tapa en el escusado, rollo de papel, jabón y bote de basura.
- 7.- Señalamientos Preventivos; salida de emergencia, ruta de evacuación, y que hacer en caso de incendio.
- 8.- Detectores de Humo
- 9.- Lámparas de emergencia

**PRIMERA: EL SOLICITANTE** manifiesta bajo formal protesta de decir verdad, que los datos asentados en la presente solicitud son ciertos y verificables en cualquier momento por las autoridades competentes.

**SEGUNDA: EL SOLICITANTE** declara que los documentos que acompaña son fielmente reproducidos de su original.

**TERCERA: EL SOLICITANTE** señala como domicilio convencional para todo lo referente a esta solicitud y, en su caso, de la licencia correspondiente, el domicilio donde se encuentra el establecimiento aquí mencionado.

**CUARTA: EL SOLICITANTE** declara ser el RESPONSABLE del establecimiento en virtud de llevar a cabo la operación del mismo directamente o a través de terceras personas.

**QUINTA: EL SOLICITANTE** manifiesta que el Establecimiento esta habilitado para cumplir con las funciones que se pretende, tomando en cuenta las de salud e integridad de las personas, de Desarrollo Urbano, Protección Civil, y Conservación del medio ambiente.

---

**Nombre y Firma del Solicitante o  
Representante Legal**

### **DOCUMENTOS QUE DEBERA ENTREGAR**

- Copia de identificación del contribuyente (Credencial de lector, cartilla o pasaporte vigente)
- Copia Registro Federal de Contribuyentes Incluye Formato RFC-1 y R1, o R-2 si es pequeño contribuyente (Obligación Sobre Retención de Salarios)
- Acta Constitutiva y poder legal (si es persona moral) Acta de nacimiento (si es persona física) o legal
- Acreditación de la propiedad con copia de:
- Escrituras, Contrato de Arrendamiento o Contrato Comodato (en su caso)  
Otros (especificar) \_\_\_\_\_.
- Predial al corriente Copia de boleta de pago o carta de no adeudo de ayuntamiento)
- Registro patronal en el IMSS y en el de cada uno de los trabajadores, así como última liquidación ante el IMSS
- Comprobante de Domicilio
- Copia de Licencia de Alcoholes y Original para Cotejar (de ser el caso)
- Copia de Concesión en Caso de Ser Transportista
- 2 Fotografías panorámicas del establecimiento (una interior y una exterior)

### **PARA SOCIEDADES MICROINDUSTRIALES**

- Copia simple de Acta de nacimiento de cada socio
- Copia de credencial de lector de cada socio (ambos lados)
- Presentar Generales de los Socios en Disket

### **PARA INSTITUCIONES MÉDICAS:**

- Planos o croquis del establecimiento
- Relación de Material y equipo
- Relación de reactivos (laboratorios)
- Memoria de análisis (laboratorios)
- Convenio de subrogación de servicios (laboratorios)
- Memoria de actividades

### **PARA RESPONSABLES SANITARIOS:**

- Autorización para ejercer en el estado
- Currículum
- Cedula profesional
- Carta de Asignación Firmada por el Propietario

**Acudir con este formato a *Ventanilla Empresarial del Centro de Desarrollo de Negocios* ubicado en: Tehuantepec No. 52 esq. Ocampo. Colonia Centenario. C.P. 83260. Tel: 2125857.**