



SECRETARÍA
DE SALUD

Secretaría de salud
Comisión Estatal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios

Solicitud de Autorización de Responsable

COEPRIS

COMISIÓN ESTATAL PARA
LA PROTECCIÓN CONTRA
RIESGOS SANITARIOS

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Hospital Los Lagos, S.A. de C.V.

NOMBRE

HLA 110309 2HG

LETRAS NUMEROS HOMONIMIA
R.F.C.

Saitillo ISS

DOMICILIO: CALLE, No. Y LETRA.

Rodriguez

COLONIA

88630

CODIGO POSTAL

Reynosa

Reynosa.

DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO

LOCALIDAD

Tamauilipas

899 9244170

ENTIDAD FEDERATIVA

TELÉFONO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COEPRIS

TIPO DE MOVIMIENTO

No. DE ENTRADA

A ☐ R ☐

No. ANTERIOR

ESTABLEC.

☐☐

VENCIMIENTO

TRAMITE

N ☐

E ☐

MES AÑO

DATOS DEL RESPONSABLE O AUXILIAR DE RESPONSABLE

Alfaro Guerrero Emma Patricia

NOMBRE: APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE(S)

Dra.

AAGE 781123 580

LETRAS NUMEROS HOMONIMIA

Loma del Sol 361

DOMICILIO: CALLE, NUMERO Y LETRA EXTERIOR E INTERIOR

C.P.

UNIDAD DE AUTORIZACION
SANITARIA

PRESENTARSE A CONOCER
EL RESULTADO DE SU
TRAMITE EL DIA

DIA MES AÑO

88715

Fracc. Loma Bonita

COLONIA

CLAVE

Reynosa

DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO

CLAVE

Tamauilipas

ENTIDAD FEDERATIVA

TELÉFONO

5988155

Anestesiología

CEDULA PROFESIONAL

AREA DE ESPECIALIZACIÓN

TITULO O CERTIFICADO EXPEDIDO POR

13 Años

AÑOS DE EXPERIENCIA

REG. S.S.A.

24 Horas

HORARIO DEL ESTABLECIMIENTO

CLAVE

DE 9 A 14 Y DE 16 A 22 HRS.

HORARIO DE ASISTENCIA

SOLICITUD DE
RESPONSABLE:
AUX. DE RESP.:

SOLICITUD PARA EL GIRO DE:

SOLICITA AUTORIZACION PARA LA RESPONSABILIDAD 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 EMANAN 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:

COORDINACIÓN DE PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS
JURISDICCION SANITARIA No. IV
REYNOSA, TAM.

EMMA PATRICIA ALFARO GUERRERO
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL AUXILIAR

Solicitud de Licencia Sanitaria

DATOS DEL PROPIETARIO, PERSONA FÍSICA O MORAL

Hospital Los Lagos S.A. de C.V.
NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)

HLA 110309 2HG
LETRAS NUMEROS HOMONIMIA
Saltillo 155
DOMICILIO: CALLE, No. Y LETRA

Rodriguez 88630
COLONIA Z.P. CODIGO POSTAL

Reynosa Reynosa
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO LOCALIDAD

Tamaulipas 899 9244170
ENTIDAD FEDERATIVA TELEFONO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COEPRIS

TIPO DE MOVIMIENTO

A ☐

R ☐

No. DE ENTRADA

No. ANTERIOR

ESTABLEC. M ☐ C ☐ AM ☐ V ☐

TRAMITE N ☐ E ☐

VENCIMIENTO

MES AÑO

PRESENTARSE A CONOCER
EL RESULTADO DE SU
TRAMITE EL DIA

DIA MES AÑO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Hospital Los Lagos, S.A. de C.V.
NOMBRE

HLA 110309 2HG
LETRAS NUMEROS HOMONIMIA

Saltillo 155
DOMICILIO: CALLE, NUMERO Y LETRA EXTERIOR E INTERIOR

Reynosa
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO

CLAVE

ENTRE Hera'n Ramirez
CALLE

88630
Z.P. CODIGO POSTAL

Tamaulipas
ENTIDAD FEDERATIVA

CLAVE

finanzas@hospitalloslagos.com
CORREO ELECTRONICO

CLAVE

899 9244170
TELEFONO

FECHA DE INICIO
DE OPERACIONES:

DIA MES AÑO

HORARIO DE
FUNCIONAMIENTO
DEL
ESTABLECIMIENTO

D ☒ L ☒ M ☒ M ☒ J ☒ V ☒ S
D L M M J V S

DE 7 A 22
DE 7 A 22

HORARIO DE
ASISTENCIA DEL
RESPONSABLE

D ☒ L ☒ M ☒ M ☒ J ☒ V ☒ S
D L M M J V S

DE 15:00A 22:00
DE 15:00A 22:00

SOLICITUD PARA EL GIRO DE:

Unidad de Cirugía Ambulatoria

DOCUMENTOS ANEXOS

- ☐ ALTA ANTE LA S.H.C.P.
☐ LICENCIA SANITARIA
☐ COPIA DEL TRAMITE ANTERIOR
☐ PROGRAMA MEDICO
☐ CEDULA PROFESIONAL
☐ PLANO Y MEMORIA DESCRIPTIVA
☐ OTROS:

26 JUN 2018

SELO DE RECIBIDO

Dr. Mauricio Velazquez de Vivero
NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO