

**4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)**

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

**5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS**

ALTA  MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN  BAJA

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

C.U.R.P. \_\_\_\_\_ (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ HORARIO: D L M M J V S DE A A

CON TÍTULO PROFESIONAL DE \_\_\_\_\_ TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_ No. DE CÉDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD DE \_\_\_\_\_ TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_ No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO \_\_\_\_\_

EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR \_\_\_\_\_ R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR \_\_\_\_\_

**Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Jalisco**  
**Coordinación Regional XII**

**6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:**

APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO					PRODUCTO O SERVICIO				
	NUEVO <input checked="" type="checkbox"/>	A MODIFICAR <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>	NUEVO <input checked="" type="checkbox"/>	YA MODIFICADO <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: <b>Productos y Servicios</b>					CATEGORÍA: <b>Productos y Servicios</b>				
	GRUPO: <b>Productos de Aseo y Limpieza</b>					GRUPO: <b>Productos de Aseo y Limpieza</b>				
	SUBGRUPO: <b>Desinfectantes</b>					SUBGRUPO: <b>Desinfectantes</b>				
3) DENOMINACIÓN GENERAL Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO	<b>Sanitizante A Base De Cuaternarios De Amonio De 4ª Generación</b>					<b>Sanitizante A Base De Cuaternarios De Amonio De 5ª Generación</b>				
4) MARCA COMERCIAL	<b>MAQUISA</b>					<b>MAQUISA</b>				
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C. _____					R.F.C. _____				
	RAZÓN SOCIAL _____					RAZÓN SOCIAL _____				
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C. _____					R.F.C. _____				
	RAZÓN SOCIAL _____					RAZÓN SOCIAL _____				
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	10 <input checked="" type="checkbox"/>	13 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	10 <input checked="" type="checkbox"/>	13 <input checked="" type="checkbox"/>
	2 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input checked="" type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input checked="" type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	12 <input checked="" type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	12 <input checked="" type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.