

F. PADRÓN ESTATAL DE CONTRIBUYENTES:

Agencia Fiscal: _____ No. Empleos: _____ No. Registro Patronal IMSS: _____

Fecha Apertura Establecimiento: / / Día Mes Año Fecha Inicio ante SAT: / / Día Mes Año Fecha Inicio ante IMSS: / / Día Mes Año Fecha nacimiento o Firma Escritura Constitutiva: / / Día Mes Año

* Tipo de establecimiento: Matriz Sucursal Bodega Oficina Administrativa Único

G. SSA-06-002 AVISO DE FUNCIONAMIENTO:

* Para establecimientos de atención médica y Laboratorios de patología clínica

Nombre del Responsable sanitario: _____

Profesión / Especialidad del Responsable del Establecimiento: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Número de Cédula de Especialidad: _____

Registro Estatal SSA: _____

* Datos del Responsable del Establecimiento:

Nombre completo: _____ Localidad: _____ C.P. _____

Delegación política o Municipio: _____ Entidad federativa: _____ Teléfono: _____

Domicilio (calle, número int. y ext.): _____ Colonia: _____

* Aviso para Ambulancias:

Nombre Económico	Número de placas	Traslado	Urgencias	Terapia Intensiva

H. SSA-04-001 AVISO DE FUNCIONAMIENTO:

Fecha inicio operaciones: / / Día Mes Año

Trámite: Producto Servicios

HORARIO:	D	L	M	M	J	V	S	DE	A

Personas autorizadas:

Línea de Productos (Elija el giro y los procesos conforme al instructivo)

GIRO	PROCESO						DENOMINACION O DESCRIPCION DEL PRODUCTO	MARCA (NOMBRE COMERCIAL)	SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL RFC Y NOMBRE DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y NOMBRE DE LA EMPRESA MAQUILADORA	IMP.	NAL.
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						

I. LÍNEA DE PRODUCTOS:

Giro: indique el número que corresponda al producto, de acuerdo a esta relación:

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1) Alimentos | 6) Perfumería y belleza |
| 2) Bebidas no alcohólicas | 7) Materias primas |
| 3) Bebidas alcohólicas | 8) Aditivos |
| 4) Tabaco | 9) Otros |
| 5) Aseo y limpieza | |

Proceso: Cruce el (los) número(s) que corresponda(n) al proceso que realiza al producto:

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1) Obtención | 7) Envasado |
| 2) Elaboración | 8) Conservación |
| 3) Preparación | 9) Almacenamiento |
| 4) Fabricación | 10) Distribución |
| 5) Mezclado | 11) Manipulación |
| 6) Acondicionamiento | 12) Transporte |

Denominación o descripción del producto: Anote el nombre completo del producto, ejemplo: leche pasteurizada, sombra para ojos, agua purificada, pescado ahumado, etc.

Marca: Anota la marca o nombre comercial del producto declarado.

Si maquila este producto señale el RFC y nombre de la empresa maquiladora:

Anote los datos de la empresa a la que le procesa el producto.

Si este producto es maquilado, señale el RFC y nombre de la empresa maquiladora:

Anote los datos de la empresa que le procesa su producto.

Importado: Marque con una "X" si el producto declarado es importado

Nacional: Marque con una "X" si el producto declarado es de fabricación nacional

II. CANCELAR LOS ESPACIOS QUE NO SEAN UTILIZADOS.

III. ESTE AVISO ÚNICAMENTE SERÁ VALIDO SI PRESENTA LAS FIRMAS INDICADAS

IV. LA FIRMA DEL SOLICITANTE DEBERÁ SER AUTÓGRAFA EN CADA AVISO.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica y los documentos que acompaño son auténticos

SELLO DE RECIBIDO DE VENTANILLA

DECLARACIONES FINALES DEL SOLICITANTE:

PRIMERA: EL SOLICITANTE presenta esta **SOLICITUD** voluntariamente bajo protesta de decir verdad y manifiesta que los datos contenidos en ella son verídicos y comprobables en cualquier tiempo.

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 está habilitado para cumplir con las funciones que se pretende, sin menos cabo de la salud e integridad de las personas en general.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica y que los documentos que acompaño son auténticos

PARA LLENADO EXCLUSIVO DEL MUNICIPIO:

Vo.Bo. de Ingreso al SARE

FOLIO LICENCIA DE USO DE EDIFICACIÓN		CMAP: _____
--------------------------------------	--	-------------

Fecha de Ingreso al Sistema: _____ / _____ / _____ Fecha de resolución: _____ / _____ / _____
Día Mes Año Día Mes Año

Giro según catálogo: _____

REQUISITOS:

- 1) Local previamente construido.
- 2) Formato Único de Apertura (FUA).
- 3) Acreditación de la propiedad con copia de: escrituras, contrato de arrendamiento, contrato de comodato.
- 4) Copia de identificación oficial.
- 5) Copia de documento que acredite estar al corriente en pago de predial.
- 6) Si cuenta con constancia de zonificación y/o Dictamen de seguridad, anexar copia.
- 7) Presentar 2 fotografías panorámicas del local.
- 8) Copia de RFC.

PERSONAS MORALES

- 9) Copia de acta constitutiva.
- 10) Copia de identificación oficial del representante legal.

NOTA: Todos y cada uno de los requisitos señalados como copias deberá acompañarse de su original para su cotejo

PARA SOCIEDADES MICROINDUSTRIALES

- 11) Copia simple de acta de nacimiento de cada socio.
- 12) Copia de credencial de elector de cada socio (ambos lados)
- 13) Presentar generales de socios en CD.

REGISTRO EN EL PADRÓN ESTATAL DE CONTRIBUYENTES

- 14) Copia acta constitutiva o acta de nacimiento.
- 15) Copia del Registro Federal de Contribuyentes (RFC).
- 16) Registro patronal en IMSS y el de cada trabajador.
- 17) Comprobante de domicilio.
- 18) Copia de licencia de alcoholes y original para cotejar (de ser el caso)

PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

- 19) Planos o croquis del establecimiento.
- 20) Relación de material y equipo.
- 21) Relación de reactivos (laboratorios).
- 22) Memoria de análisis (laboratorios).
- 23) Convenio de subrogación de servicios (laboratorios).
- 24) Memoria de actividades.

PARA RESPONSABLES SANITARIOS

- 25) Autorización para ejercer en el Estado.
- 26) Currículum.
- 27) Cédula profesional.
- 28) Carta de asignación firmada por el propietario.

OBSERVACIONES DE PROTECCIÓN CIVIL:

1. Extintor 4.5kg: Polvo Químico Seco Tipo ABC (1 por cada 50 m²) o Extintor de CO₂ (para quienes manejen en operación aparatos electrónicos o alimentos). Carga vigente y señalamiento a 1.5mt de altura. Evidencia de capacitación en uso y manejo de los mismos.
2. Señalamientos de ruta de evacuación, salida de emergencia, y que hacer en caso de incendio, así como rótulos y carteles preventivos.
3. En caso de instalaciones de gas: regulador de gas adecuado a las necesidades del quemador de baja o alta presión.
4. En caso de contar con instalaciones de GAS L.P., deberán estar en tubo de cobre o coflex, 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 metros de contactos eléctricos, este no deberá tener más de 10 años de uso. Deben ser revisadas por la unidad verificadora, antes de iniciar operaciones.
5. Las instalaciones eléctricas deberán estar ocultas o en canaleta o tubo conduit y en buenas condiciones.
6. Limpieza general, iluminación y ventilación natural y/o artificial adecuada para el giro y NO ocupar la vía pública o áreas verdes del Municipio.
7. Detectores de humo y lámparas de emergencia.
8. Botiquín de primeros auxilios: gasas estériles 10x10, 1 bolsa chica de algodón plisado, carrete de tela adhesiva, 2 vendas elásticas de 10 y 5cm, 1 frasco de Isodine de 100ml., 1 frasco de alcohol del 10ml, agua oxigenada, mertiolate. Deberá ser instalado a un altura de 1,5 a 1.8mts.
9. Baño en funcionamiento (tapa en excusado, rollo de papel, jabón y bote de basura).
10. Para establecimientos de reparación de aparatos electrodomésticos, servicios de revelado o estudio fotográfico, servicios relacionados con el diseño gráfico, imprenta, cumplir con la NOM-052-ECOL-93 (características de los residuos peligrosos).
11. Para consultorios médicos, cumplir con la NOM-087-ECOL-95, (requisitos de separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento u disposición final de los Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos - R.P.B.I).
12. Para establecimientos dedicados a manufactura de ropa, bordado o costura, cumplir con art. 61 del Reglamento Municipal para la Protección del Medio Ambiente y Equilibrio Ecológico, en materia de ruidos y energía térmica y lumínica.
13. Deberá observar estas medidas de seguridad durante el proceso de inspección y como condiciones básicas del funcionamiento. Derivado de las inspecciones se podrán hacer requerimientos específicos adicionales.



CARTA COMPROMISO

Municipio de Cajeme

SDESARE-F02

FOLIO:



Cd. Obregón, Sonora a los _____ días del mes de _____ de _____

Dentro del expediente administrativo número _____ referente al inmueble ubicado en el No. _____ de la calle _____ lote(s) _____ manzana _____ entre las calles _____ de la colonia _____

en este Municipio; mismo que se dedicará al giro con referencia CMAP

el suscrito _____ de la empresa _____

me comprometo a cumplir en coordinación y directamente ante la Dirección de Desarrollo Urbano, en el plazo inmediato a la firma del presente documento con todos los requisitos marcados por el Plan de Desarrollo Urbano, aplicables al giro y ubicación de mi empresa, para lo que será necesario presentar la documentación que me sea indicada, en el entendido de que esto es una condición para que mi licencia de uso de suelo no sea cancelada.

De la misma forma me comprometo a realizar e implementar las medidas de prevención y seguridad que se encuentran contenidas en el Reglamento Municipal de Protección Civil, así como aquellas derivadas de la visita de inspección que realice la Unidad de Protección Civil; dentro del término improrrogable que me sea indicado.

Igualmente me comprometo a cumplir con las medidas de prevención que marca el Reglamento en Materia de Preservación, Conservación y Restauración del Equilibrio Ecológico y el Mejoramiento del Ambiente para el Municipio de Cajeme, relativas al giro de mi empresa, así como a renovar los permisos que correspondan según lo indique la Dirección de Ecología.

Caso contrario a lo establecido en los párrafos anteriores, me hago responsable de los daños o perjuicios derivados de acciones u omisiones, que pudieran ocasionarse en contra de la integridad física de las personas y sus bienes.

Asimismo y de no cumplir con las medidas referidas por dichas dependencias, en este mismo acto reconozco tener pleno conocimiento de las sanciones que pudieran implementarse en términos de lo referente a responsabilidades, medidas de seguridad, sanciones y defensas de los particulares de la Ley de Desarrollo Urbano del Estado de Sonora, el Reglamento Municipal de Ecología, el Reglamento de Construcción para el Municipio de Cajeme, así como en lo referente a actos administrativos y otras disposiciones del Reglamento Municipal de Protección Civil, para el Municipio de Cajeme, Sonora

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

OBSERVACIONES DE DESARROLLO URBANO

"En caso de no contar con estacionamiento habilitado en el inmueble, o con la cantidad de cajones requerido por las dimensiones del establecimiento, deberá acudir a la Dirección de Desarrollo Urbano, para realizar el trámite de estacionamiento exclusivo en un plazo improrrogable de diez días a partir de la firma de este documento".