GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Gobierno del Estado de México
Instituto de Salud del Estado de México
Coordinación de Regulación Sanitaria

ISEM

REGISTRO ESTATAL DE TRAMITES Y SERVICIOS

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA POR APERTURA O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Jurisdicción de Regulación Sanitaria No. ___ , en _____, Estado de México.	**Número de entrada** |__|__|__|__|__|__|__|__|
	Firma de Recepción

I M P O R T A N T E

De conformidad con la Ley General de Salud y del Código Administrativo del Estado de México, sólo requieren de autorización sanitaria para su funcionamiento los establecimientos dedicados a cualquiera de las actividades enumeradas en el reverso de este formato, asimismo, sólo requiere de revalidación el permiso para el comercio de alimentos y bebidas en la vía pública.

Antes de llenar el formato en su totalidad, léalo completa y cuidadosamente.	DÍA	MES	AÑO
1.- FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD.	|__|__|	|__|__|	|__|__|

2.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

\|__\|__\|__\|__\|__\|\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|\|__\|__\|__\|

Registro Federal de Contribuyentes

SOLO EN CASO DE QUE EL PROPIETARIO SEA UNA PERSONA FÍSICA:
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)_____

SOLO EN CASO DE QUE EL PROPIETARIO SEA UNA PERSONA JURÍDICO COLECTIVA:
DENOMINACION_____
DOMICILIO (Calle, No. y Colonia)_____
Localidad, Mpio. Código Postal _____
Entidad Federativa, Teléfono, Fax_____

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|

Número de control

\|__\|__\|__\|__\|__\|\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|\|__\|__\|__\|

Registro Federal de Contribuyentes

	DÍA	MES	AÑO
	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Denominación o razón social del establecimiento	INICIO DE OPERACIONES		

Domicilio (Calle, No. Colonia) _____
Localidad, Mpio. Código Postal_____
Entidad Federativa, Teléfono, Fax_____
Entre qué calles se encuentra el establecimiento_____

4.- DESCRIPCIÓN DEL GIRO O ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICARÁ EL ESTABLECIMIENTO (Elegir del reverso y escribirlo en los renglones siguientes)

_____
_____

5.- DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)_____
CARACTER CON QUE LA PRESENTA_____

FIRMA_____

EN CASO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS, REQUISITAR EL REVERSO DEL FORMATO 201C120-TE-05

FORMATO Y TRÁMITE GRATUITOS

REGISTRO ESTATAL DE TRAMITES Y SERVICIOS

6.-DATOS QUE SE ACTUALIZAN

Marque con una X en el paréntesis correspondiente si se harán cambios respecto del propietario o del establecimiento y señale en qué consisten.

( ) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
( ) DOMICILIO, TELÉFONO, FAX
( ) GIRO O ACTIVIDAD
( ) PERSONAS AUTORIZADAS
( ) RESPONSABLE LEGAL
( ) R.F.C.

DICE	DEBE DECIR

7.- SIN CAMBIOS

En caso de que no se realicen cambios, señale el tipo de trámite a realizar.

( ) REVALIDACIÓN SOLO PARA COMERCIO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN VÍA PÚBLICA.
( ) REPOSICIÓN POR PERDIDA, DESTRUCCIÓN O MAL ESTADO.
( ) BAJA O CANCELACIÓN.

8.- DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)_____
CARACTER CON QUE LA PRESENTA_____
FIRMA_____

ELIJA DE LA SIGUIENTE RELACIÓN EL GIRO QUE CORRESPONDE AL QUE QUIERE SOLICITAR Y ESCRIBALO EN EL PUNTO 4 DEL ANVERSO DE ESTE FORMATO.
Alimentos y bebidas no alcohólicas en vía pública, comercio de
Panteones con servicio de horno crematorio
Panteones sin servicio de horno crematorio
Servicio de horno crematorio

REQUISITOS: En caso de alimentos y bebidas no alcohólicas en vía pública, deberá presentar original y copia de la Licencia Municipal vigente y constancia de capacitación en el manejo higiénico de los alimentos y bebidas, certificado médico emitido por institución del Sector Público y el Permiso Sanitario expedido para su refrendo, en su caso.

Si la actividad que pretende desarrollar no se encuentra en el listado anterior, no requiere de autorización sanitaria para su funcionamiento, por lo tanto sólo deberá presentar aviso de inicio de operaciones.

NOTA IMPORTANTE: Este documento no es autorización sanitaria; la tramitación y expedición son gratuitos.