

Formato de Solicitud de Trámites Estatales FUC-01

Fecha

día

mes

año

En caso de no utilizar algún campo, CANCELARLO

RUT: _____

1.1 Seleccione el Departamento (solo puede seleccionar una opción):

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Bebidas Alcohólicas | ☐ Alimentos Potencialmente Peligrosos | ☐ Publicidad |
| ☐ Salud Ambiental | ☐ Regulación de los Servicios de Salud | ☐ Centro Integral de Servicios |
| ☐ Insumos para la Salud | ☐ Otro _____ | |

1.2 Datos del Solicitante (Datos obligatorios):

Deberá anexar copia del documento con el que acredita su personalidad

Nombre: _____

Carácter de: ☐ Propietario ☐ Representante / Apoderado Legal
☐ Otro (especifique) _____

Documento que lo acredita: ☐ Credencial de Elector Vigente ☐ Carta Poder Notariada
☐ Acta Constitutiva de la Empresa ☐ Pasaporte
☐ Otro _____

Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

1.3 Datos del Establecimiento (Datos obligatorios):

Deberá anexar copia del permiso

Tipo de Permiso: ☐ Determinación Sanitaria ☐ Licencia Sanitaria ☐ Hoja Azul
☐ Aviso de Funcionamiento ☐ Otro _____

Expediente: _____ Folio: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Denominación: _____ R.F.C.: _____

Propietario: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ Fraccionamiento: _____

Localidad: _____ Municipio: _____ Días que Labora: (D) (L) (M) (M) (J) (V) (S)

Horario: _____

1.4 Motivo (ES OBLIGATORIO HABER SIDO NOTIFICADO Ó 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA VISITA DE VERIFICACIÓN según la Ley de Procedimientos Administrativos Art. 68 para los puntos 1.4.1 y 1.4.2):

Deberá anexar copia de la notificación, resolución, última visita realizada y pago de derechos correspondientes

Número de: _____ Folio _____ Acta _____

1.4.1 Solicitud de Visita ☐ Corrección de Anomalías ☐ Levantamiento Parcial de la Medida de Seguridad
☐ Vigilancia Sanitaria ☐ Levantamiento Total de la Medida de Seguridad
☐ Otro _____

1.4.2 Falta de Documentación Documento No. 1 _____

Documento No. 2 _____

1.4.3 Consulta Documento No. 3 _____



1.5 Comentarios y Observaciones

1.6 Solicitud de Notificación Electrónica

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley Federal de Procedimientos Administrativos vigente, artículo 62 fracción II de la Ley de Actos y Procedimientos Administrativos del Estado de Yucatán vigente y con el objeto de facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, yo _____ solicito de manera expresa recibir de forma electrónica a través de la dirección de correo electrónico _____ todas las comunicaciones y/o notificaciones sobre el seguimiento, resolución o cualquier otra decisión o requerimiento, que emane de la presente solicitud de trámite; por lo que me comprometo a revisarlo de manera permanente, mantenerlo con la capacidad (espacio virtual) suficiente para recibir mensajes y documentos; así como revisar siempre la bandeja de correos no deseados o "spam" para en su caso identificar algún correo electrónico emitido por esta autoridad sanitaria y que no haya ingresado a la bandeja principal de los correos electrónicos antes establecidos.

La presente autorización tendrá efectos a partir de esta fecha y hasta la notificación electrónica de la conclusión del procedimiento.

DECLARO BAJO FORMAL PROTESTA QUE TODOS LOS DATOS ASENTADOS SON VERDADEROS

1.7 Nombre y Firma

USO EXCLUSIVO DEL CIS

Sello

Propietario o Representante / Apoderado Legal

Hora de Recepción: _____ No. de Hojas: _____

Recibe: _____