

Registro \_\_\_\_\_

No. de registro: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES

Nombre o razón social de la agrupación: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular o Coordinador Operativo: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable médico: \_\_\_\_\_ Cedula Profesional \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

### DOMICILIO FISCAL

Calle y numero: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DOMICILIO DE OFICINA O BASE

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Entre Calles \_\_\_\_\_

Coordenadas: \_\_\_\_\_

Insertar Link Google Maps: \_\_\_\_\_

Puntos de referencia: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica del grupo: \_\_\_\_\_

Cantidad de unidades: \_\_\_\_\_

Cantidad de elementos: \_\_\_\_\_

Tipo de comunicación: \_\_\_\_\_

Cantidad de radios: \_\_\_\_\_

**Servicios que presta:** Traslado y/o transporte  
de pacientes

Cobertura de eventos  
masivos

Fecha de ingreso del trámite: \_\_\_\_\_

Firma de quien recibe \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

**INSERTAR CROQUIS CONFORME A GOOGLE MAPS**



Insertar coordenadas: \_\_\_\_\_