CEFEUS
LIMPIEZA & MANTENIMIENTO

Orden de Servicio al Cliente

Datos generales del cliente:

Cliente:	**Ficrea SA de CV SFP en Quiebra**		
Giro:	Sociedad Financiera		
Domicilio:	Monte Camerún 120 Col. Lomas de Chapultepec. CP 11000 Miguel Hidalgo		
Contacto:	Lic. Juan Celis	Teléfonos:	75734404 al 07 ext 1121
Puesto:	Recursos Humanos, materiales y financieros.	eMail:	tesoreria@ficrea.com.mx

Responsable del servicio:

Unidad de Negocio:	Cefeus Limpieza & Mantenimiento		
Oficina / Región:	Dirección CDMX		
Responsable de Cuenta:	Adriana Perez González		
Teléfonos:	556611 0897	eMail:	adriana.perez@carbe.mx

Descripción del servicio:

Sanitización de oficinas (700m2) por medio de aspersión manual con sanitizante Germiprol
Áeras Sanitizadas: Oficinas, sala de junta, comedor, baños, recepción, pasillos, estacionamiento
Fecha del servicio: 24 de agosto de 2020

Especificaciones del Producto

Producto: Germiprol Sp
Germicida, fungicida y bactericida
No daña la piel ni la ropa
Es biodegradable
Vigencia: 30 días a partir de este fecha
CERTIFICACION DE COFEPRIS

Recomendaciones

Implementar los protocolos de Seguridad Sanitaria para el Entorno Laboral publicados el 15 de mayo en le diario oficial de la federación
- Medidas de sana distancia
- Uso de equipo de protección personal
- Medidas de prevención de contagios

Aplicador: Adriana Pérez González
Puesto: Gente de Limpieza & Mantenimiento
Empresa: CEFEUS. de Limpieza & Mantenimiento
Vigencia: 24 de agosto a 24 de septiembre de 2020

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Cofepris
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja

NO. RUPA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA O COMPUTADORA

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO [ ] AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO [ ] AVISO DE MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS DEL ESTABLECIMIENTO [X] AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO [ ]

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS [X]

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD [ ]

- ( ) FARMACIA HOMEOPÁTICA
- ( ) FARMACIA ALOPÁTICA
- ( ) BOTICA
- ( ) DROGUERÍA

} SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS

- ( ) FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
- ( ) ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
- ( ) FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS
- ( ) ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
- ( ) ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD [ ]

- ( ) ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS
- ( ) COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS
- ( ) LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
- ( ) SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL
- ( ) CONSULTORIO
- ( ) CONSULTORIO DENTAL
- ( ) AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN, FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO 10.10)

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL [ ]

- ( ) ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS
- ( ) ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL
- ( ) ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES
- ( ) PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS

IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
325610	FABRICACIÓN DE JABONES, LIMPIADORES Y DENTÍFRICOS (SOLO PARA JABONES Y LIMPIADORES)
	Unidades económicas dedicadas principalmente a la fabricación de jabones, detergentes, limpiadores, suavizantes de telas, pulidores, ceras, aromatizantes de ambiente y otros productos similares.

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): PROLIMP DEL CENTRO S.A. DE C.V.		R.F.C.: PCE9104014L7
		C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL)
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: SUR 13 NUM 313	COLONIA: CENTRO	DELEGACIÓN O MUNICIPIO: ORIZABA
LOCALIDAD: VERACRUZ	CÓDIGO POSTAL: 9 4 3 0 0	ENTIDAD FEDERATIVA: VERACRUZ
ENTRE CALLE: ORIENTE 6	Y CALLE: ORIENTE 8	TELÉFONO: 272 72 4 56 00 / FAX: 272 72 4 56 00

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: PROLIMP DEL CENTRO S.A. DE C.V		R.F.C.: PCE9104014L7
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: SUR 13 NUM 313	COLONIA: CENTRO	DELEGACIÓN O MUNICIPIO: ORIZABA
LOCALIDAD: ORIZABA	CÓDIGO POSTAL: 9 4 3 0 0	ENTIDAD FEDERATIVA: VERACRUZ
ENTRE CALLE: ORIENTE 6	Y CALLE: ORIENTE 8	TELÉFONO: 272 72 4 56 00 / FAX: 272 72 4 56 00

HORARIO:												FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA	MES	AÑO
	D	L X	M X	M X	J X	V X	S	DE	09:00 A 14:00	A	16:00 A 19:00		1	4	1991
	D	L	M	M	J	V	S X	DE	09:00	A	14:00				

REPRESENTANTE LEGAL / NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO
EDUARDO RAFAEL LARTIGUE BECERRA	LABE510103HVZRCD02	direccion@prolimp.com
ALEJANDRO LARTIGUE SALGADO	LASA770313HVZRLL06	alartigue@prolimp.com
MIGUEL ANGEL PEREZ CLAUDIO	PECM760711HVZRLG02	finanzas@prolimp.com
PERSONA AUTORIZADA / NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO
JORGE CRUZ LAZARO	CULJ731117HVZRZR09	produccion@prolimp.com
LUIS ALBERTO URBANO HERNÁNDEZ	UAHL821102HVZRRS01	lurbano@prolimp.com

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESÉNTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

JURISDICCIÓN SANITARIA ... RECIBIDO 11/04/18 COORDINACIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

4 DATOS DE LA 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 ☐ BAJA ☐

NOMBRE COMPLETO												R.F.C.		
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO	HORARIO	D	L	M	M	J	V	S	DE		A		
			D	L	M	M	J	V	S	DE		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 MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR	R.F.C

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

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

	PRODUCTO O SERVICIO NUEVO X A MODIFICAR ◯ BAJA ◯	PRODUCTO O SERVICIO NUEVO X YA MODIFICADO ◯ BAJA ◯
1) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: PRODUCTOS	CATEGORÍA: PRODUCTOS
	GRUPO: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA	GRUPO: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA
	SUBGRUPO: DETERGENTES	SUBGRUPO: DETERGENTES
2) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO	DESINFECTANTE-LIMPIADOR, GERMICIDA, BACTERICIDA Y FUNGICIDA ESPECIAL	DETERGENTE ALCALINO CLORADO ALTA ESPUMA (INDUSTRIAL)
3) MARCA COMERCIAL	GERMIPROL	DETERFOAM L-I
4) 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
5) 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
6) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO:	NACIONAL [X] IMPORTADO ☐	NACIONAL [X] IMPORTADO ☐

7) PROCESO: MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"										
	1	4	7	10X	13X	1	4	7	10X	13X
	2	5	8X	11	14	2	5	8X	11	14
	3X	6	9X	12X	15X	3X	6	9X	12X	15X

NOTA: LLENE EL RECUADRO POR CADA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE ALTA O POR 1 PRODUCTO QUE DESEE MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO O PARA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE BAJA.

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 7
RECIBIDO
04 MAR 2018
COORDINACIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS (CIS) ORIZABA, VER.

TABLA "A"			
1.- Obtención	5.- Conservación	9.- Manipulación	13.- Almacenamiento a temperatura ambiente
2.- Elaboración	6.- Mezclado	10.- Transporte a temperatura ambiente	14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelado
3.- Fabricación	7.- Acondicionamiento	11.- Transporte a temperatura de refrigerador	
4.- Preparación	8.- Envasado	12.- Distribución	15.- Expendio o suministro al público

7 **PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS**

TIPO DE MODIFICACIÓN		DICE	DEBE DE DECIR
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	☐		
PROPIETARIO	☐		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO	☐		
R.F.C.	☐		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL)	☐		
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS	☐		
REPRESENTANTE LEGAL	☐		
PERSONA AUTORIZADA	☐		
HORARIO	☐		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO)	☐		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES ☐ DE [DÍA | MES | AÑO] A [DÍA | MES | AÑO]

REINICIO DE ACTIVIDADES ☐ FECHA [DÍA | MES | AÑO]

BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO ☐

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGÚRESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS.

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☐

JURISDICCION SANITARIA No. 7
RECIBIDO
11/04/18
COORDINACIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS

C.P.E. RAFAEL LARTIGUE BECERRA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL **01-800-033-5050** Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL **01-800-420-4224**.