



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
GOBIERNO DE SONORA

**COESPRISSON**  
Comisión Estatal de Protección Contra Riesgos Sanitarios del Estado de Sonora

NOMBRE PROPIETARIO:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
RFC:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DENOMINACION:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DOMICILIO:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
COLONIA:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
MUNICIPIO:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
LOCALIDAD:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
FECHA DE EXPEDICION:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**LICENCIA SANITARIA NÚMERO**

**XXXXXXXXXXXX**

**AUTORIZADO PARA:**  
INDICA EL SERVICIO QUE PRESTA EL ESTABLECIMIENTO

EN CASO DE RIESGO A LA SALUD SE APLICARÁ EL ART. 368 Y 370 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

VENCIMIENTO	
MES	AÑO
FECHA DE VIGENCIA	

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA



PUESTO DEL TITULAR

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO**