



SECRETARÍA DE SALUD
DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN
SUBSECRETARIA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

NOMBRE DEL PROPIETARIO O RAZÓN SOCIAL: **MARIO JACOB ESPINOZA AYALA**
DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **FUMIGACIONES ESPINOZA**
DOMICILIO: **CIUDAD OBREGON N° 5800**
COLONIA Y/O LOCALIDAD: **COLONIA ALVARO OBREGON**
MUNICIPIO: **MONTERREY**
ENTIDAD FEDERATIVA: **NUEVO LEÓN**
RESPONSABLE TÉCNICO: **MARÍA RAQUEL CRUZ DE LEÓN**

LICENCIA SANITARIA No.

2003-19A105

AUTORIZADO PARA

SERVICIOS URBANOS DE FUMIGACIÓN, DESINFECCIÓN Y CONTROL DE PLAGAS.

VENCIMIENTO

INDETERMINADO

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN SE EXPIDE CON FUNDAMENTO EN LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 368,370,371, 373 Y 374 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.ES VALIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

EL SUBSECRETARIO DE REGULACIÓN
Y FOMENTO SANITARIO

DR. JAIME CARRERA ALANIS

ESTE LICENCIA DEBERÁ ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO