



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

003492

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	<input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO	<input type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>								
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA	} SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input type="checkbox"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input type="checkbox"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)	
<input type="checkbox"/> FARMACIA ALOPÁTICA		<input type="checkbox"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input type="checkbox"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)					
<input type="checkbox"/> BOTICA								
<input type="checkbox"/> DROGUERÍA								
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS				<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTORIO				
<input type="checkbox"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS				<input type="checkbox"/> CONSULTORIO DENTAL				
<input type="checkbox"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS				<input type="checkbox"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)				
<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL								
22 OCT. 2013								
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS				<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES				
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL				<input type="checkbox"/> 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.COFEPRIIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS								
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.							
621114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Publico.							

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83
		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
Colón No. 289	Centro	Zapopan
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29
		FAX
		36-33-28-93

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.																														
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83																														
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO																														
Colón No. 289-7	Centro	Zapopan																														
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA																														
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco																														
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO																														
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29																														
		FAX																														
		36-33-28-93																														
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA MES AÑO																														
<table border="1"> <tr> <td>D X</td><td>L X</td><td>M X</td><td>M X</td><td>J X</td><td>V X</td><td>S X</td><td>D E</td> <td>07:00</td><td>A</td> <td>14:00</td><td>A</td> <td>9</td><td>9</td><td>2013</td> </tr> <tr> <td>D X</td><td>L X</td><td>M X</td><td>M X</td><td>J X</td><td>V X</td><td>S X</td><td>D E</td> <td>15:00</td><td>A</td> <td>21:00</td><td>A</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	07:00	A	14:00	A	9	9	2013	D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	15:00	A	21:00	A					
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	07:00	A	14:00	A	9	9	2013																		
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	15:00	A	21:00	A																					
REPRESENTANTE LEGAL	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																														
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRMRO6	aperez@saludzapopan.gob.mx																														
REGULACIÓN SANITARIA																																
PERSONA AUTORIZADA	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																														
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRMRO6	aperez@saludzapopan.gob.mx																														

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

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA 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 O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Oscar Ignacio Varela de la Torre** R.F.C.: **VATO640411JI3**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL): **VATO640411HJCRRS00** CORREO ELECTRÓNICO: **urologovarela@hotmail.com** HORARIO:

D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	14:00
D	L	M	M	J	V	S	DE	14:00	A	20:00

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **1640931**

ESPECIALIDAD DE: **Urología** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **AECM-30609**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  **22 OCT. 2013**

EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR: _____ R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR: _____

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

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

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO	PRODUCTO O SERVICIO					PRODUCTO O SERVICIO																																	
	NUEVO <input checked="" type="checkbox"/>	A MODIFICAR <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>	NUEVO <input type="checkbox"/>	YA MODIFICADO <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>																																	
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud					CATEGORÍA:																																	
	GRUPO: Consultorio					GRUPO:																																	
	SUBGRUPO: Urología					SUBGRUPO:																																	
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																																							
4) MARCA COMERCIAL																																							
5) 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:																																	
6) 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:																																	
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>																																	
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td> </tr> </table>					1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	3	6	9	12	15	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td> </tr> </table>					1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	3	6	9	12
1	4	7	10	13																																			
2	5	8	11	14																																			
3	6	9	12	15																																			
1	4	7	10	13																																			
2	5	8	11	14																																			
3	6	9	12	15																																			
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"																																							

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

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 | 15.- Expendio o suministro al público |
| 4.- Preparación | 8.- Envasado | 12.- Distribución | |

7 PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AUNTO 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 <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
RFC <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
CLAVE SDAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	PERSONA _____ NOMBRE _____	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> FECHA DE <input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> FECHA <input type="checkbox"/> BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRA AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPO 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 FALSEDADE DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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


Dr. Jorge Alberto Báez Górriz
 REGISTRO SANITARIO
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE 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.