



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

002493

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO 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="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DROGUERÍA	SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013 (Stamp: RECEPCION DE SALUD JALISCO)	<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> 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.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621332	Consultorios de psicología del Sector Público.		

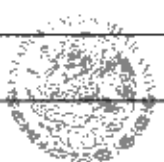
2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)			R.F.C.
Hospital General de Zapopan			SSM010830U83
			C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Colón No. 289	Centro	Zapopan	
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	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. 289-9	Centro	Zapopan	
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	36-33-28-93
HORARIO	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		
D X L X M X J X V X S X DE 07:00 A 14:00 15:00 A	9 DÍA MES AÑO 9 2013		
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRM06	aperez@saludzapopan.gob.mx	
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRM06	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 CL. DATOS 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 <input checked="" type="checkbox"/>			MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>						BAJA <input type="checkbox"/>									
NOMBRE COMPLETO L. Psic. Araceli León García						R.F.C. LEGA770914GV0												
C.U.R.P. LEGA770914MJCNRR02		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO leongara@hotmail.com		HORARIO		D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	14:00
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Psicología		TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)						Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL 4660271										
ESPECIALIDAD DE		TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR						Nº. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD										
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO  22 OCT. 2013																		
EN CASO DE MODIFICACIÓN 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																						
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO			NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO																			
			PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>						PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>													
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"			CATEGORÍA Servicios de Salud						CATEGORÍA													
			GRUPO Consultorio						GRUPO													
			SUBGRUPO Psicología						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 R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA			R.F.C. REGULACIÓN SANITARIA						R.F.C.													
			RAZÓN SOCIAL REGION SANITARIA X						RAZÓN SOCIAL													
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO			NACIONAL <input type="checkbox"/>			IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/>			IMPORTADO <input type="checkbox"/>										
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"			1	4	7	10	13	1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
			3	6	9	12	15	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15					

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 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 <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
R.F.C. <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	22 OCT, 2019	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>	FIRMA _____ FECHA _____	
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

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. ASEGURESE 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


Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez
 REGULACIÓN SANITARIA
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
 REGIÓN SANITARIA N.º 1

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.