



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

003496

AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y DEL ESTADO DE LOS DOCUMENTOS Y/O DE LA MODALIDAD DE SERVICIO DE LA MODALIDAD COMERCIAL

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO
 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO
 AVISO DE MODIFICACIÓN DE ESTADO DE LOS DOCUMENTOS
 AVISO DE MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE SERVICIO

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS
 AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD

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

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

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 SCIAN	DESCRIPCIÓN SCIAN
621114	Consultorios de medicina especializada del Sector Público.

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA, RAZÓN SOCIAL, PERSONA MORAL): **Hospital General de Zapopan**
 RFC: **SSM010830U83**

CALLE, NUMERO Y DIRECCIÓN (CALLE, ALFABÉTICO, INTERIOR): **Colón No. 289**
 LOCALIDAD: **Zapopan**
 MUNICIPIO: **Anahuac**
 ESTADO: **Jalisco**
 COORDENADAS: **4 5 1 0 0**
 FECHA DE NACIMIENTO: **36-33-09-29**
 FECHA DE EXPIRACIÓN: **36-33-28-93**

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **Hospital General de Zapopan**
 RFC: **SSM010830U83**

CALLE, NUMERO EXTERIOR O ALFABÉTICO, LETRA INTERIOR: **Colón No. 289-13**
 LOCALIDAD: **Zapopan**
 MUNICIPIO: **Anahuac**
 ESTADO: **Jalisco**
 COORDENADAS: **4 5 1 0 0**
 FECHA DE NACIMIENTO: **36-33-09-29**
 FECHA DE EXPIRACIÓN: **36-33-28-93**

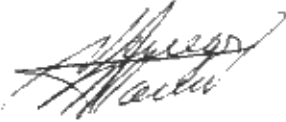
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN
07:00	14:00	9	9
15:00	21:00	9	9

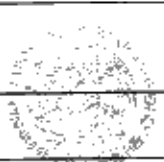
NOMBRE COMPLETO: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 CURP: **PEGJ681016HJCRMR06**
 CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@saludzapopan.gob.mx**

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 CURP: **PEGJ681016HJCRMR06**
 CORREO ELECTRÓNICO: **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 <input checked="" type="checkbox"/>			MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>			BAJA <input type="checkbox"/>					
NOMBRE COMPLETO Dr. Arturo Manuel Venegas Ayala						RFC 5512153F6					
C.I.R.P. VEAA551215HJCNYR10		CORREO ELECTRONICO		HORARIO		D L x M x M x J x V x S DE		08:00 A 14:00			
				D L x M x M x J x V x S DE		15:00 A 21:00					
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				Nº DE CÉDULA PROFESIONAL 753956			
ESPECIALIDAD DE Cirugia General				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD AESSA-26810			
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO  22 OCT, 2013											
EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR						RFC 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 PRIMERA 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 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																			
						GRUPO Consultorio																			
						SUBGRUPO Cirugia General																			
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																									
4) MARCA COMERCIAL																									
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA						RFC 																			
						RAZÓN SOCIAL																			
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA						RFC																			
						RAZÓN SOCIAL																			
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO						NACIONAL <input type="checkbox"/>			IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/>			IMPORTADO <input type="checkbox"/>										
8) PROCESO 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	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"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

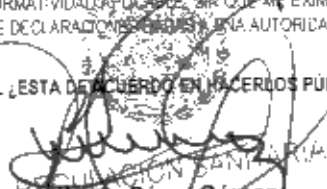
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>																
DE <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> FECHA <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>				DÍA	MES	AÑO				DÍA	MES	AÑO				DÍA	MES	AÑO
DÍA	MES	AÑO																
DÍA	MES	AÑO																
DÍA	MES	AÑO																

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PUEDE AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLES, 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 HECHAS A LA AUTORIDAD.

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


Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez
 REGION SAN...
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ANULAR O DENEGAR O COMENTAR O CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE SE VALE JAMÁS 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 ALFOMBA Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.