



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

003498

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO LA CUAL SE ENCUENTRA EN LOS DOCUMENTOS ANEXOS  
LLENAR CON LETRA DE MAYÚSCULA LEGIBLE O A MAQUINA O COMPUTADORA

<b>1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:</b>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN 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 <input type="checkbox"/> FARMACIA ALÓPATICA <input type="checkbox"/> BOTICA <input type="checkbox"/> DROGUERIA	UN HORTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS O PRODUCTOS BIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> FARMACIA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> FARMACIA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> FARMACIA DE FARMACOS HERBOLARIOS
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 Y GINECÓLOGICOS <input type="checkbox"/> COMERCIAL, POR MONEDAS ANTIGUAS Y ACCESORIOS <input type="checkbox"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTORIO <input type="checkbox"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="checkbox"/> FARMACIA DE MARCA ESPECÍFICA (FAVOR DE AGREGAR AL RECORRIDO DEL 4)
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 FARMACOS <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR FARMACOS TÓNICOS DE USO INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS CON LÍMITES DE METALES PESADOS
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y LA DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO. CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRISS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS	
CLAVE (SCIAN) 821114	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN Consultorios de medicina especializada del Sector Público.


<b>2 DATOS DEL PROPIETARIO:</b>	
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): <b>Hospital General de Zapopan</b>	
R.F.C.: <b>SSM010830U83</b>	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: <b>Colón No. 289</b>	
LOCALIDAD: <b>Zapopan</b>	
ENTRADA CALLE: <b>Anahuac</b>	
CALLE: <b>Cuitlahuac</b>	
C.P. (CALLE): <b>Centro</b>	
C.P. (LOCALIDAD): <b>4 5 1 0 0</b>	
ENTIDAD FEDERATIVA: <b>Jalisco</b>	
TELÉFONO: <b>36-33-09-29</b>	
FAX: <b>36-33-28-93</b>	

<b>3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:</b>																															
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: <b>Hospital General de Zapopan</b>																															
R.F.C.: <b>SSM010830U83</b>																															
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: <b>Colón No. 289-17/18/19</b>																															
LOCALIDAD: <b>Zapopan</b>																															
ENTRADA CALLE: <b>Anahuac</b>																															
CALLE: <b>Cuitlahuac</b>																															
C.P. (CALLE): <b>Centro</b>																															
C.P. (LOCALIDAD): <b>4 5 1 0 0</b>																															
ENTIDAD FEDERATIVA: <b>Jalisco</b>																															
TELÉFONO: <b>36-33-09-29</b>																															
FAX: <b>36-33-28-93</b>																															
HORARIO:																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">D.X.</td> <td style="width: 10%;">L.X.</td> <td style="width: 10%;">M.X.</td> <td style="width: 10%;">M.X.</td> <td style="width: 10%;">J.X.</td> <td style="width: 10%;">V.X.</td> <td style="width: 10%;">S.X.</td> <td style="width: 10%;">D.E.</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></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.																						FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: 07:00 a 14:00 15:00 a 21:00
	D.X.	L.X.	M.X.	M.X.	J.X.	V.X.	S.X.	D.E.																							
REPRESENTANTE LEGAL, NOMBRE COMPLETO: <b>Dr. Jorge Alberto Perez Gomez</b>																															
C.L.R.P.: <b>REGULACION SANITARIA X</b>																															
CORREO ELECTRÓNICO: <b>aperez@saludzapopan.gob.mx</b>																															
PERSONA AUTORIZADA, NOMBRE COMPLETO: <b>Dr. Jorge Alberto Perez Gomez</b>																															
C.L.R.P.: <b>REGION SANITARIA X</b>																															
CORREO ELECTRÓNICO: <b>aperez@saludzapopan.gob.mx</b>																															

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 <b>Dr. Humberto Alvarez López</b>						R.F.C. <b>AALH660115FN5</b>												
C.U.R.P. <b>AALH660115HJCLPM05</b>		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO		HORARIO:		D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	14:00
								D	L	M	M	J	V	S	DE	15:00	A	21:00
CON TÍTULO PROFESIONAL DE <b>Medico Cirujano y Partero</b>				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR <b>Universidad de Guadalajara</b>				No. DE CÉDULA PROFESIONAL <b>1770361</b>										
ESPECIALIDAD DE <b>Cardiología</b>				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR <b>Universidad Nacional Autónoma de México</b>				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD <b>3626424</b>										
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO  22/02/2013																		
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													
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 PRIMER 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"				CATEGORIA <b>Servicios de Salud</b>				CATEGORIA					
				GRUPO <b>Consultorio</b>				GRUPO					
				SUBGRUPO <b>Cardiología</b>				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 <b>REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X</b>				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	2	5	8	11	14
				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. EN SEQUIDA 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, 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 SOJA Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>	FORMA _____ HORA _____	
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


 SALA 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. ASEGÚRESE 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 FALSIEDAD 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**  
 REGIÓN SANITARIA X

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

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.