



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

003439

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO, LEA CUIDADOSAMENTE EL REQUISITO DE LA CLAVE Y EL ESTADO DE DOCUMENTOS VIGENTES
Y MANEJE CON CUIDADO LA HOJA DE CALIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO
 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO
 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO
 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

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

FARMACIA HOMEOPÁTICA
 FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 FARMACIA ALOPÁTICA
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 BOTICA
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
 DROGUERÍA
 SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS

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

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS
 CONSULTORIO
 COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS
 CONSULTORIO DENTAL
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
 AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

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

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL
 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.
621114	Consultorios de medicina especializada del Sector Público.

22 OCT. 2013

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MÓRAL))
Hospital General de Zapopan
 R.F.C. **SSM010830U83**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR, PRINCIPAL Y NUMERO INTERIOR
Colón No. 289
 COLONIA **Centro**
 DELEGACIÓN MUNICIPAL **Zapopan**

LOCALIDAD **Zapopan**
 CÓDIGO POSTAL **4 5 1 0 0**
 ENTIDAD FEDERATIVA **Jalisco**

ESTADO **Anahuac**
 MUNICIPIO **Cuicahuac**
 TELÉFONO **36-33-09-29**
 FAX **36-33-28-93**

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL / DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
Hospital General de Zapopan
 R.F.C. **SSM010830U83**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR, PRINCIPAL Y NUMERO INTERIOR
Colón No. 289-20
 COLONIA **Centro**
 DELEGACIÓN MUNICIPAL **Zapopan**

LOCALIDAD **Zapopan**
 CÓDIGO POSTAL **4 5 1 0 0**
 ENTIDAD FEDERATIVA **Jalisco**

ESTADO **Anahuac**
 MUNICIPIO **Cuicahuac**
 TELÉFONO **36-33-09-29**
 FAX **36-33-28-93**

HORARIO	CL	LX	MX	MX	LX	MX	SA	EE	07:00	14:00	HORA DE INICIO DE ACTIVIDADES	9	9	2013
	CL	LX	MX	MX	LX	MX	SA	EE	07:00	14:00		9	9	2013
	CL	LX	MX	MX	LX	MX	SA	EE	15:00	21:00		9	9	2013


REPRESENTANTE LEGAL (NOMBRE COMPLETO)
 CURP
 CATEGORÍA
 CORREO ELECTRÓNICO
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez
PEGJ681016HJCRMR06
 aperez@saluzapopan.gob.mx

PERSONA AUTORIZADA (NOMBRE COMPLETO)
 CURP
 CATEGORÍA
 CORREO ELECTRÓNICO
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez
PEGJ681016HJCRMR06
aperez@saluzapopan.gob.mx

IMPORTANTE: UTILICE ESTE 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. Agustín González Martínez						R.F.C. GOMA471205AG2												
C.U.R.P. GOMA471205HJCNRG03		CORREO ELECTRÓNICO agustineando1@hotmail.com				HORARIO:		D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	14:00
				D	L	M	M	J	V	S	DE					A		
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				No. DE CÉDULA PROFESIONAL 315186										
ESPECIALIDAD DE Endocrinología				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Dirección General de Profesiones				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 3223572										
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													
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"				CATEGORÍA Servicios de Salud				CATEGORÍA					
				GRUPO Consultorio				GRUPO					
				SUBGRUPO Endocrinología				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 REGULACIÓN SANITARIA				RAZÓN SOCIAL					
				REGIÓN SANITARIA X				R.F.C.					
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"/>					
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, 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"/>	FIRMA _____	
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>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table> A <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

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
 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.