



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

003500

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	
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	2 2 OCT. 2013	<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	1:20	<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LIMITE 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.		

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	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. 289-21	Centro	Zapopan																										
LOCALIDAD	CÓDIGO 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																										
<table border="1" style="font-size: 8px;"> <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></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">9 9 2013 DA MES AÑO</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></td> </tr> </table>	D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	07:00	A	14:00		9 9 2013 DA MES AÑO	D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	15:00	A	21:00				
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	07:00	A	14:00		9 9 2013 DA MES AÑO																
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	15:00	A	21:00																		
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 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 Dra. María Teresa de Jesús Morales Ortega						R.F.C. MOOT660512Q18					
C.U.R.P. MOOT660512MJCRRR07		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO drateresitamoraleso@yahoo.com.mx		HORARIO		D x L x M x M x J x V x S x DE		08:00 A 13:00	
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero		TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL 1951991					
ESPECIALIDAD DE Medicina Interna		TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Direccion General de Profesiones				Nº. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 3191169					
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 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 Medicina Interna				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. RAZÓN SOCIAL				R.F.C. RAZÓN SOCIAL					
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA				R.F.C. RAZÓN SOCIAL REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X				R.F.C. 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 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		7 <input type="checkbox"/>		10 <input type="checkbox"/>		13 <input type="checkbox"/>	
				2 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>		8 <input type="checkbox"/>		11 <input type="checkbox"/>		14 <input type="checkbox"/>	
				3 <input type="checkbox"/>		6 <input type="checkbox"/>		9 <input type="checkbox"/>		12 <input type="checkbox"/>		15 <input type="checkbox"/>	

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"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

22 OCT. 2013

FIRMA _____
CUBA _____

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>																		
DE <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px;"> <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	FECHA <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px;"> <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																		

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERAN 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 FALSEDADES 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.