



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

003501

ESTE DOCUMENTO DEBE PRESENTARSE EN UN ÚNICO EJEMPLAR, EN UN SOLO ORIGINAL Y EN UN SOLO COPIA SIMPLE, EN UN ÚNICO EJEMPLAR, EN UN SOLO ORIGINAL Y EN UN SOLO COPIA SIMPLE.

**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 INSURDO PARA LA SALUD

FARMACIA HOMEOPÁTICA  
 FARMACIA ACOPÁTICA  
 FARMACIA  
 FARMACIA DE PRODUCTOS BIOTECNOLÓGICOS

FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS  
 ASAMBLAJA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS  
 FÁBRICA DE REEMPLAZOS PERMANENTES

PLANTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS O DE REEMPLAZO PERMANENTES  
 PLANTA DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)

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

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS O QUIRÓFANO  
 COMERCIO AL POR MENOR DE INSTRUMENTOS Y ACCESORIOS  
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS  
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

CONSULTORIO  
 CONSULTORIO DENTAL  
 FARMACIA (SERVICIO DE ASISTENCIA) FAVOR DE REGISTRAR EL REGISTRO No. 4

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

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MENOR PLUGUIONES  
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MENOR NUTRIENTES VEGETALES  
 PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS

IMPORTANTE: INDICAR LA CLAVE Y SU 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. DESCRIPCIÓN DEL SCIAN

CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN
621112	Consultorios de medicina general del Sector Público.

**2 DATOS DEL PROPIETARIO:**

RAZÓN SOCIAL: Hospital General de Zapopan  
 CLAVE: SSM010830U83

DIRECCIÓN: Colón No. 289  
 LOCALIDAD: Centro  
 MUNICIPIO: Zapopan  
 ESTADO: Jalisco

MUNICIPIO: Anahuac  
 LOCALIDAD: Cuitlahuac  
 TELÉFONO: 36-33-09-29  
 TELÉFONO: 36-33-28-93

**3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

RAZÓN SOCIAL: Hospital General de Zapopan  
 CLAVE: SSM010830U83

DIRECCIÓN: Colón No. 289-22/23  
 LOCALIDAD: Centro  
 MUNICIPIO: Zapopan  
 ESTADO: Jalisco

MUNICIPIO: Anahuac  
 LOCALIDAD: Cuitlahuac  
 TELÉFONO: 36-33-09-29  
 TELÉFONO: 36-33-28-93

Horario	07:00	14:00	9	9	2013
	15:00	21:00			

REPRESENTANTE LEGAL: Dr. Jorge Alberto Perez Gomez  
 CLAVE: PEGJ681016HJCRM06  
 CORREO ELECTRÓNICO: aperez@sa.juzapopan.gob.mx

REPRESENTANTE LEGAL: Dr. Jorge Alberto Perez Gomez  
 CLAVE: PEGJ681016HJCRM06  
 CORREO ELECTRÓNICO: aperez@sa.juzapopan.gob.mx

IMPORTANTE: UTILICE LA 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>Dra. María del Carmen Flores Jaramillo</b>							R.F.C. <b>FOJC551126</b>					
C.U.R.P. <b>FOJC551126MJCLRR07</b>		(DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO			HORARIO:		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CON TÍTULO PROFESIONAL DE <b>Medico Cirujano y Partero</b>			TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR <b>Universidad de Guadalajara</b>				No. DE CÉDULA PROFESIONAL <b>2031139</b>					
ESPECIALIDAD DE <b>Medicina Familiar</b>			TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR <b>Dirección General de Profesiones</b>				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD <b>3443579</b>					
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 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 <b>Servicios de Salud</b>				CATEGORÍA					
				GRUPO <b>Consultorio</b>				GRUPO					
				SUBGRUPO <b>Medicina General</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				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	
				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

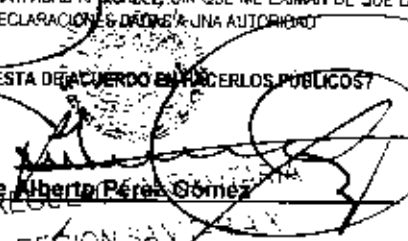
TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
R.F.E. <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO (COMO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
CLASE COMÚN Y SI DISPONIBLES 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"/>		
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
DE: CA    MES    AÑO      A      CA    MES    AÑO      FECHA      CA    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 CUMPLÓ CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SAN-TARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDADE DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD

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

  
**Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez**  
 HOMBRE 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