



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

003502

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO, LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUMENTO LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N. EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS.
LLENAR CON LETRA DE MAYÚSCULA EN BLOQUE Y A MANO O CON COMPUTADORA

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
 ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)

BOTICA
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS

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 S.C.I.A.N. 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.
621320	Consultorios de optometría

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 Y NÚMERO DE LETRA INTERIOR: **Colón No. 289**
 MUNICIPIO: **Centro**
 DELEGACIÓN MUNICIPAL: **Zapopan**

LOCALIDAD: **Zapopan**
 CÓDIGO POSTAL: **4 5 1 0 0**
 ESTADO: **Jalisco**

MUNICIPIO: **Anahuac**
 CALLE: **Cuitlahuac**
 TELÉFONO: **36-33-09-29**
 FAX: **36-33-28-93**

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

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

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO DE LETRA INTERIOR: **Colón No. 289-24**
 MUNICIPIO: **Centro**
 DELEGACIÓN MUNICIPAL: **Zapopan**

LOCALIDAD: **Zapopan**
 CÓDIGO POSTAL: **4 5 1 0 0**
 ESTADO: **Jalisco**

MUNICIPIO: **Anahuac**
 CALLE: **Cuitlahuac**
 TELÉFONO: **36-33-09-29**
 FAX: **36-33-28-93**

HORARIO	DI	LA	VI	SA	DO	SA	CE	07:00	-	14:00	FECHA DE NÚMERO	9	9	2013
	DI	LA	VI	SA	DO	SA	CE	15:00	-	21:00	NOTA CASOS	CI	ME	AÑO

REPRESENTANTE LEGAL, NOMBRE COMPLETO: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 CURP: **PEGJ681016HJCRMR06**
 CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@sa.udzapopan.gob.mx**

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

IMPORTANTE: LLENAR EN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTARLO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE EMERGENCIAS Y ENFERMEROS	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

MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN

BAJA

NOMBRE COMPLETO

Dr. Georgina Covarrubias Dueñas

OTC

CODGSI0823

CURP

(BARRA SEPARADORA)

CORREO ELECTRÓNICO

geodema@hotmail.es

HORARIO

D

L

M

M

J

V

S

DE

07:00

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

1111754

ESPECIALIDAD DE

Dermatología

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR

Dirección General de Profesiones

Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD

3444453

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO

22 OCT. 2012

EN CASO DE MODIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD, INCLUIR EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

Nº 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 A MODIFICAR BAJA

PRODUCTO O SERVICIO
 NUEVO YA MODIFICADO BAJA

2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA 1*

CATEGORÍA: Servicios de Salud
 GRUPO: Consultorio
 SUBGRUPO: Dermatología

CATEGORÍA:
 GRUPO:
 SUBGRUPO:

3) DENOMINACIÓN GENERAL Y ESPECIFICADES, PRODUCTO O SERVICIO

4) MARCA COMERCIAL

5) ¿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:

5) ¿ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO? SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA

R.F.C.:
 RAZÓN SOCIAL:

R.F.C.:
 RAZÓN SOCIAL:

7) PRODUCCIÓN NACIONAL O IMPORTADO

NACIONAL IMPORTADO

NACIONAL IMPORTADO

8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONAN CON EL PRODUCTO CONFORME A LA TABLA 1*

1	4	7	10	13
2	5	8	11	14
3	6	9	12	15

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

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 SAN 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>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, PUEDE AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERAN LOS UTILIZADOS EN LOS TRAMITES 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 LA AUTORIDAD

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

[Firma manuscrita]
Dr. Jorge Alberto Rerez 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.