

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

003503

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 MAQUINA O COMPUTADORA

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO
 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO
 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL 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 FARMACÉUTICA
 FARMACIA FARMACÉUTICA
 BOTICA
 DROGUERIA

FABRICA DE DISPOSITIVOS MEDICOS
 ALMACEN DE DISPOSITIVOS MEDICOS
 FABRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS

ALMACEN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 ALMACEN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACION DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)

ESTABLECIMIENTO DE ATENCION MEDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRURGICOS O QUIRURGICOS
 CONSULTORIO
 CONSULTORIO DENTAL
 AMBULATORIO (SI MARCA ESTA OPCION ALIAR DE REGISTRO (S), REGISTRACION (S))

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLASMA
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TOXICAS DE USO INDUSTRIAL
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PRODUCTOS VEGETALES
 PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS

22 OCT. 2013

IMPORTANTE: INDIQUE LA CLASE Y SU DESCRIPCION DEL SERVICIO QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO.
 CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRISS.COM.MX, EN LA SECCION DE TRÁMITE Y SERVICIOS

CLAVE (CLUBES): **621393**
 CONSULTORIOS DE NUTRICIOLOGOS Y DIETISTAS DEL SECTOR PÚBLICO

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FISICA) O RAZON SOCIAL (PERSONA MORAL): **Hospital General de Zapopan**
 R.F.C.: **SSM010830U83**
 C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Colón No. 289**
 COLONIA: **Centro**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapopan**

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

ENTRE CALLE: **Anahuac**
 Y 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 O LETRA INTERIOR: **Colón No. 289-25**
 COLONIA: **Centro**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapopan**

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

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

HORARIO:

D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	07:00	A	14:00
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	15:00	A	21:00

 FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: **9** DÍA, **9** MES, **2013** AÑO

REPRESENTANTE LEGAL: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 NOMBRE COMPLETO: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 C.U.R.P.: **PEGJ681016HJCRMR06**
 CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@saludzapopan.gob.mx**

PERSONA AUTORIZADA: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 NOMBRE COMPLETO: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 C.U.R.P.: **PEGJ681016HJCRMR06**
 CORREO ELECTRÓNICO: **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 MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA


NOMBRE COMPLETO: **L.N. Alejandra Gabriela Rosales Llamas** R.F.C.: **ROLA7810113E2**

C.U.R.P.: **ROLA781011MJCSLL09** (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO: **alejandra_gabrielal@hotmail.com** HORARIO:

D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	13:00
D	L	M	M	J	V	S	DE	15:00	A	19:00

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Nutrición** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad del Valle de Atemajac** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **3891688**

ESPECIALIDAD DE: TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD:

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 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			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input checked="" type="checkbox"/>	A MODIFICAR <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>	NUEVO <input type="checkbox"/>	YA MODIFICADO <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud			CATEGORÍA:						
	GRUPO: Consultorio			GRUPO:						
	SUBGRUPO: Nutrición			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.: REGULACIÓN SANITARIA			R.F.C.:						
	RAZÓN SOCIAL: REGIÓN SANITARIA X			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	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	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"/>	FISICA _____ DUEÑA _____	
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. 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 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, SIRVASE 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.