



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

002504

ANTECEDENTE: PRESENTAR PREVIAMENTE EL INSTRUMENTO DE CLASIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SANIDAD LEJOS DE MOLINOS S.R.L. PANAJÓLICO, GUANAJUATO

**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    
  FARMACIA ALTERNATIVA    
  BOTICA    
  DROGUERIA    
  INVENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS O PRODUCTOS BIOLÓGICOS    
  FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS    
  ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS    
  FÁBRICA DE REACTIVOS HEROLABADOS    
  ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REACTIVOS HEROLABADOS    
  ALMACÉN 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 REALICE ACTOS QUIRÚRGICOS O QUIRÓFANOS    
 CONSULTORIO    
 CONSULTORIO DENTAL    
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS    
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL    
 AMBULATORIO (EN SERVICIO ESTA OPCIÓN FAVOR DE REGISTRARSE REGULADO AL 4)

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE ALMACÉN INDUSTRIAL

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MENOR FARMACOS    
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MENOR SUSTANCIAS VEGETALES    
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MENOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL    
 PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS

IMPORTANTE: INDICAR LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SICSA QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO. CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRISSON.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS.

CLAVE (SICSA)	DESCRIPCIÓN DEL SICSA
621114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Público.

**2 DATOS DEL PROPIETARIO:**

NOMBRE DEL PROPIETARIO PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL (PERSONA NATURAL): **Hospital General de Zapopan**     RFC: **SSM010830U83**

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

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

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

**3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

RAZÓN SOCIAL (RÉGIMEN DE UNO DEL ESTABLECIMIENTO): **Hospital General de Zapopan**     RFC: **SSM010830U83**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Colón No. 289-26/27/28/29/30/31**     COLONIA: **Centro**     DELEGACIÓN MUNICIPIO: **Zapopan**

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

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

OPERATIVO	EX	LA	MA	MX	JA	SA	DE	07:00	14:00	FECHA DEL ÚLTIMO ACTUACIÓN	9	9	2013
	EX	LA	MA	MX	JA	SA	DE	15:00	21:00		0	0	460

REPRESENTANTE LEGAL (NOMBRE COMPLETO): **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**     CLAVE: **PEGJ681016HJCRMR06**     CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@saludzapopan.gob.mx**

PERSONA AUTORIZADA (NOMBRE COMPLETO): **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**     CLAVE: **PEGJ681016HJCRMR06**     CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@saludzapopan.gob.mx**

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMULARIO 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>Dr. Hugo Briseño Hanon</b>						R.F.C. <b>BIHH570604</b>					
C.U.R.P. <b>BIHH570604HJCRNG05</b>		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO <b>hugobh57@hotmail.com</b>		HORARIO:		D x L x M x M x J x V x S x DE		08:00 A 14:00	
								D x L x M x M x J x V x S x DE		15:00 A 21:00	
CON TÍTULO PROFESIONAL DE <b>Medico Cirujano y Partero</b>				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR <b>Universidad de Guadalajara</b>				No. DE CÉDULA PROFESIONAL <b>743958</b>			
ESPECIALIDAD DE <b>Ginecología y Obstetricia</b>				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR <b>Dirección General de Profesiones</b>				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD <b>3354121</b>			
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO <i>H. Briseño Hanon</i> 22 OCT. 2013											
EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR						R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR					
E.R.S.A.											

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 <b>Servicios de Salud</b>						CATEGORÍA													
			GRUPO <b>Consultorio</b>						GRUPO													
			SUBGRUPO <b>Ginecología</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 <b>REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X</b>						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		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	

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"/>	FISMA	
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 CUMPO 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 DECLARACIÓN SEMBRAS 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.