



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

003506



IMPORTE: \$14,000.00 IVA INCLUIDA (14,000.00) TOTAL: \$15,400.00

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 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 HOMBOPÁTICA
 FARMACIA ALOPÁTICA
 BOTICA
 PRODUCTORA

FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 FABRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 FÁBRICA DE FARMACOS HERBOLARIOS

ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE FARMACOS HERBOLARIOS
 ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA FARMACIA 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 Y/O DENTARIOS
 COMERCIO AL POR MENOR DE ANTICIPALES Y ACCESORIOS
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

CONSULTORIO
 CONSULTORIO DENTAL
 ASISTENCIA (O MARCA/ESTILOS) 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 MAYOR PLAGUICIDAS
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR ESTIMADORES FÍSICOS DE USO INDUSTRIAL
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES
 PRODUCTOS CON UNIÓN DE METALES PESADOS

IMPORTANTE: INDIQUE LA CLASE Y SU DESCRIPCIÓN DEL BIEN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO. CONSULTE LA PÁGINA WWW.COFEPRISS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS DESCRIPCIÓN DEL BIEN.

CLASE (CÓDIGO)	DESCRIPCIÓN DEL BIEN
621114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Público.

22 OCT. 2013

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

RAZÓN SOCIAL: HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN S.C. DE RL
 R.F.C.: SSM010830U83
 DATO PERSONAL:

NOMBRE: Hospital General de Zapopan
 CALLE: Colón No. 289
 CENTRO: Centro
 MUNICIPIO: Zapopan
 ESTADO: Jalisco
 MUNICIPIO: Anahuac
 MUNICIPIO: Cuiclahuac
 FECHA DE FUNDACIÓN: 36-33-09-29
 FECHA DE CANCELACIÓN: 36-33-28-93

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL: HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN S.C. DE RL
 R.F.C.: SSM010830U83

NOMBRE: Hospital General de Zapopan
 CALLE: Colón No. 289-33
 CENTRO: Centro
 MUNICIPIO: Zapopan
 ESTADO: Jalisco
 MUNICIPIO: Anahuac
 MUNICIPIO: Cuiclahuac
 FECHA DE FUNDACIÓN: 36-33-09-29
 FECHA DE CANCELACIÓN: 36-33-28-93

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

REPRESENTANTE LEGAL: Dr. Jorge Alberto Perez Gomez
 CURP: PEGJ681016HJCRMR06
 CORREO: aperez@saludzapopan.gob.mx

REPRESENTANTE LEGAL: Dr. Jorge Alberto Perez Gomez
 CURP: PEGJ681016HJCRMR06
 CORREO: aperez@saludzapopan.gob.mx

IMPORTANTE: JERARQUE 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 Dr. Mario Alberto Arias Orozco						R.F.C. AIOM650325PG7																	
C.U.R.P. AIOM650325HJCRRR00		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO mao@live.com.mx		HORARIO		D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	08:00	A	14:00
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero		TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				No. DE CÉDULA PROFESIONAL 1712142																	
ESPECIALIDAD DE Gastroenterología		TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 3212877																	
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																	
HORA																							

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				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 Gastroenterología				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	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	

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"/>	22 OCT, 2013										
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"/>											
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 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 FALSEDADE DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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

[Handwritten Signature]
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.