

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

003508

**1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:**

AVISO DE FUNCIONAMIENTO  
 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO  
 AVISO DE MODIFICACIÓN (Baja o) (ESTABLECIMIENTO)  
 AVISO DE MODIFICACIÓN (Baja o) RESPONSABLE SANITARIO

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS  
 AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSURSO PARA LA SALUD

FARMACIA HOMEOPÁTICA  
 FARMACIA ALOPÁTICA  
 BOTICA  
 DROGUERIA

FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS  
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS  
 FÁBRICA DE REPARACIÓN REPOSICIÓN

FÁBRICA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS O DE REPOSICIÓN HEREDITARIA  
 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 REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS O DENTALES  
 COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEJOS Y ACCESORIOS  
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS  
 SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIAL

CONSULTORIO  
 CONSULTORIO DENTAL  
 AMBULANCIA (SI APLICA EN SU OPCIÓN FAVOR DE REGISTRAR EL REGISTRO No. 4)

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

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MENOR FARMACIAS  
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MENOR SUSSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL  
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PRODUCTOS VEGETALES  
 PRODUCTOS CON LÍMITE DE MICHES PERMISOS

**IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SICAT QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRISS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITE Y SERVICIOS**

CLAVE (SICAT)	DESCRIPCIÓN DEL SICAT
621212	Consultorios dentales del sector público

22 OCT. 2013

REGISTRADO

FORMA

**2 DATOS DEL PROPIETARIO:**

Hospital General de Zapopan SSM010630U83

Colón No. 289 Centro Zapopan

Zapopan Jalisco

Anahuac Cuitlahuac 36-33-09-29 36-33-28-93

**3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

Hospital General de Zapopan SSM010630U83

Colón No. 289-35 Centro Zapopan

Zapopan Jalisco

Anahuac Cuitlahuac 36-33-09-29 36-33-28-93

07:00	14:00	9	9	3013
15:00	21:00			

Dr. Jorge Alberto Perez Gomez PEGJ681016HJCRMR06

Dr. Jorge Alberto Perez Gomez PEGJ681016HJCRMR06

IMPORTANTE: CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRISS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITE Y SERVICIOS

**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: **Dr. Jorge Alejandro Punte de los Santos** R.F.C: **PUSJ760529738**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL): **PUSJ760529HSPNNR08** CORREO ELECTRÓNICO: **cmfjorge\_punte@hotmail.com** HORARIO: 

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

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Cirujano Dentista** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad Autónoma de San Luis Potosí** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **3161927**

ESPECIALIDAD DE: **Cirugía Maxilofacial** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad Autónoma del Estado de México** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **4452423**

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: \_\_\_\_\_

**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: <b>Servicios de Salud</b>			CATEGORÍA:						
	GRUPO: <b>Consultorio</b>			GRUPO:						
	SUBGRUPO: <b>Maxilofacial</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	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

**REGULACIÓN SANITARIA  
REGIÓN SANITARIA X**

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

**TABLA "A"**

1. Limpieza	5. Conservación	9. Mantenimiento	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Flaccoración	6. Muestreo	10. Transferencia a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transferencia a temperatura de refrigeración	15. Expediente suministrado por el cliente
4. Preparación	8. Envasado	12. Cierre	

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**

PROCEDIMIENTO	SELECCIONE	DICE	DEBE DE DECIR
FACTURACIÓN CONTINUAL (COTIZACIONES)	<input type="checkbox"/>		
CONTINUA	<input type="checkbox"/>		
CONTINUA (RECONSTRUCCIÓN)	<input type="checkbox"/>		
NO	<input type="checkbox"/>		
CON LICENCIA DEL PROPIETARIO CONTINUA	<input type="checkbox"/>		
CONTINUA SIN LICENCIA DEL PROPIETARIO	<input type="checkbox"/>		
RECONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>		
RECONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>		
OTROS PROCEDIMIENTOS	<input type="checkbox"/>		

OCT. 2013

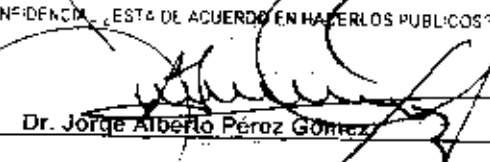
SUSPENSION DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> A: [ ] M: [ ] A: [ ]	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> A: [ ] M: [ ] A: [ ]	VIGENCIA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>
--	--	---

SE LE RECOMIENDA EL USO DEL PROGRAMA INFORMÁTICO

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.

RECORDAR QUE EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR SE REALIZA EN EL MARCO DE LA LEY DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR. ESTOS SERÁN LOS DATOS QUE SE UTILIZARÁN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. ¿ESTÁ DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS? SÍ  NO

  
 Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez  
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O CONSULTA CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE SE PUEDE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPR SIN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARCO SIN COSTO AL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRANSICIÓN FORANEAS MARCO SIN COSTO AL 01-800-420-4224