

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

7051

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

Homoclave del formato

FF-COFEPRIS-02

Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de Ingreso

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 máquina o a computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

TRÁMITE GRATUITO
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Jalisco

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS -05-036

Nombre: Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Modalidad:

2. Datos del propietario

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC: SSM010830U83

Denominación o razón social:

SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Representante legal o apoderado que solicita el trámite

RFC: GAUS6008015C7

CURP (opcional):

Nombre(s): Salvador

Primer apellido: Garcia

Segundo apellido: Uvence

Lada: 33

Teléfono: 36369906

Extensión:

Correo electrónico: salvador.uvence@zapopan.gob.mx

Coprisjal
COMISION PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE JALISCO

Ventanilla Unica
RECIBIDO

20 DIC 2017

Firma 

Hora 15:16

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 45100

Tipo y nombre de vialidad:

Calle Ramon Corona

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: 500

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

Colonia Centro

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)

Localidad: Zapopan

Municipio o alcaldía: Zapopan

Entidad Federativa: Jalisco

Entre vialidad (tipo y nombre): Calle Anahuac

Y vialidad (tipo y nombre): Calle Cuitlahuac

Vialidad posterior (tipo y nombre): Calle Colon

Lada: 33

Teléfono: 36330759

Extensión:

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

3. Datos del establecimiento

7051

RFC: SSM010830U83 Denominación o razón social: Hospital General de Zapopan

Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN	Descripción del SCIAN
621910	Servicios de ambulancias

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

Horario de operaciones										
D	L	M	M	J	V	S	de	24 HRS.	a	
X	X	X	X	X	X	X		HH : MM	HH : MM	
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	
								HH : MM	HH : MM	
Fecha de inicio de operaciones:								01 /	03 /	2015
								DD	MM	AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: 45100	Localidad: Zapopan
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía: Zapopan
Calle Ramon Corona	Entidad Federativa: Jalisco
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entre vialidad (tipo y nombre): Calle Anahuac
Número exterior: 500	Y vialidad (tipo y nombre): Calle Cuitlahuac
Número interior:	Vialidad posterior (tipo y nombre): Calle Colon
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Lada: 33
Colonia Centro	Teléfono: 36360929
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Extensión:

Cofepris
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA LOS RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE JALISCO

Ventanilla Vialidad
RECIBIDO

20 DIC 2017

15:16

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal	Firma	Hora	Persona autorizada
CURP (opcional):			CURP (opcional):
Nombre(s): Salvador			Nombre(s): Araceli del Carmen
Primer apellido: Garcia			Primer apellido: Pérez
Segundo apellido: Uvence			Segundo apellido: Diaz
Lada: 33			Lada: 33
Teléfono: 36369906			Teléfono: 36369906
Extensión:			Extensión:
Correo electrónico: salvador.garcia@zapopan.gob.mx			Correo electrónico: aracely.perez@zapopan.com.mx

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona autorizada
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona autorizada
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Ventanilla Unica
RECIBIDO
20 DIC 2017

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

4. Datos de la ambulancia

Seleccione el tipo de unidad móvil.

En caso de alta o baja de la ambulancia utilice la primera tabla.

En caso de modificar los datos de la ambulancia utilice la primera tabla para anotar los datos actuales y la segunda tabla para los datos ya modificados.

Primera tabla			
<input type="radio"/> Aérea		<input type="radio"/> Marítima	
<input checked="" type="radio"/> Alta		<input type="radio"/> Baja	
		<input checked="" type="radio"/> Terrestre	
		<input type="radio"/> A modificar	
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			VW
Modelo			2012
Número de placas			JS56225
Número de motor			WV1JG22E2C 6004725


Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea		<input type="radio"/> Marítima	
<input type="radio"/> Ya modificado		<input type="radio"/> Terrestre	
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

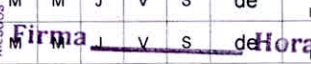
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

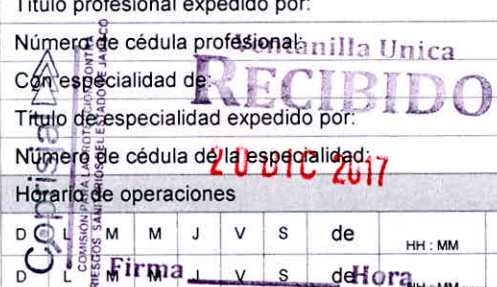
7051

5. Datos del responsable sanitario (excepto para productos y servicios)

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.
En caso de modificar los datos del responsable sanitario utilice la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna												
Alta			<input type="radio"/> Baja			<input type="radio"/> A modificar						
RFC:		SEFE750309E14										
CURP (opcional):												
Nombre(s):		Edgar Noel										
Primer apellido:		Sequeira										
Segundo apellido:		Flores										
Lada:		01										
Teléfono:		36330759										
Extensión:												
Correo electrónico:		noel.sequeira@zapopan.gob.mx										
Con título profesional de:		Médico Cirujano										
Título profesional expedido por:		Universidad Autónoma de Guadalajara										
Número de cédula profesional:		3089392										
Con especialidad de:												
Título de especialidad expedido por:												
Número de cédula de la especialidad:												
Horario de operaciones												
D	L	M	M	J	V	S	de	08:00	a	13:00		
	X	X	X	X	X			HH : MM		HH : MM		
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM		
								HH : MM		HH : MM		
Firma del responsable sanitario												
												
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja												

Segunda columna												
<input type="radio"/> Ya modificado												
RFC:												
CURP (opcional):												
Nombre(s):												
Primer apellido:												
Segundo apellido:												
Lada:												
Teléfono:												
Extensión:												
Correo electrónico:												
Con título profesional de:												
Título profesional expedido por:												
Número de cédula profesional:												
Con especialidad de:												
Título de especialidad expedido por:												
Número de cédula de la especialidad:												
Horario de operaciones												
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM		
								HH : MM		HH : MM		
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM		
								HH : MM		HH : MM		
Firma del responsable sanitario:												
												
Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización												



6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).
En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Nuevo A modificar Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:
SERVICIOS DE SALUD

Grupo:
OTROS CONSULTORIOS PARA CUIDADOS DE LA SALUD

Subgrupo:
TRASLADOS

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Nuevo Ya modificado Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:
7051

Grupo:

Subgrupo:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Ventanilla Unica
RECIBIDO
20 DIC 2017

Firma _____ Hora _____

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:
 7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado
 8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

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

Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:
 7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado
 8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

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

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

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 congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

7. Modificación o actualización de datos para establecimientos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.
 En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.
 En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Firma	Debe decir
	Persona física		Persona física
<input type="checkbox"/> Datos del Propietario	RFC:		RFC:
	CURP (opcional):		CURP (opcional):
	Nombre(s):		Nombre(s):
	Primer apellido:		Primer apellido:
	Segundo apellido:		Segundo apellido:
	Lada:		Lada:
	Teléfono:		Teléfono:
	Extensión:		Extensión:
	Correo electrónico:		Correo electrónico:
		Persona moral	
	RFC:		RFC:

Coprisis
 COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE JALISCO

Ventanilla Única
RECIBIDO

20 DIC 2017

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
------------------------------	------------------------------

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	

Coprisal
 COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE QUERÉTARO

Ventanilla Unificada
RECIBIDO
 20 DIC 2017

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Datos del establecimiento	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Denominación o razón social (de ser el caso):	Denominación o razón social (de ser el caso):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

Firma _____ Hora _____
 Dice _____

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del establecimiento	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
Extensión:	Extensión:	
<input type="checkbox"/> Horario del establecimiento	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM
	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM
<input type="checkbox"/> Clave SCIAN y su descripción		

Coprisjal
 COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE JALISCO

Ventanilla Única
RECIBIDO
 20 DIC 2017

Tipo de modificación	Dice	Firma	Hora	Debe decir
<input type="checkbox"/> Representante legal	CURP (opcional):			CURP (opcional):
	Nombre(s):			Nombre(s):
	Primer apellido:			Primer apellido:
	Segundo apellido:			Segundo apellido:
	Lada:			Lada:
	Teléfono:			Teléfono:
	Extensión:			Extensión:
	Correo electrónico:			Correo electrónico:

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

7051

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:

Coprisial
 COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE JALISCO

Ventanilla Única
RECIBIDO
 20 JULIO 2017
 Hora

Firma

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.


Suspensión de actividades
 Reinicio de actividades
 Baja definitiva del establecimiento

De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA Fecha DD / MM / AAAA

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese 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, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos? Sí No


GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS
 Nombre completo y firma autógrafa 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 la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque 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 Tramitación Foránea marque sin costo al 01-800-420-4224.

Z-30

