



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

*COPSA*  
*3592*

NO. RUPA

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 COMPUTADORA


<b>1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:</b>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DROGUERIA	SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="radio"/> FABRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> FABRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTETRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	CONSULTORIO CONSULTORIO DENTAL AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)		
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS		
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRISS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621112	CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL DEL SECTOR PUBLICO		

<b>2 DATOS DEL PROPIETARIO:</b>			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN		SSM010830UQ3	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA	
CUAUHTEMOC # 65		CENTRO	
LOCALIDAD		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
ZAPOPAN		ZAPOPAN	
ENTRE CALLE		CÓDIGO POSTAL	
COLON		4   5   1   0   0	
Y CALLE		ENTIDAD FEDERATIVA	
RAMON CORONA		JALISCO	
		TELÉFONO	
		33 36369906	
		FAX	

<b>3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:</b>			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
CONSULTORIO MEDICO CENTRO CULTURAL CONSTITUCION		SSM010830UQ3	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA	
MANUEL M. DIEGUEZ # 369		CONSTITUCION	
LOCALIDAD		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
ZAPOPAN		ZAPOPAN	
ENTRE CALLE		CÓDIGO POSTAL	
EN GLORIETA		4   5   1   8   0	
Y CALLE		ENTIDAD FEDERATIVA	
		JALISCO	
		TELÉFONO	
		33 38182200	
		FAX	
HORARIO		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	
D L X M K M X J X V X S DE 08:00 A 15:00 D L M M J V S DE		1 11 2016 DIA MES AÑO	
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO		CORREO ELECTRÓNICO	
CARLOS ALFREDO BAUTISTA LOPEZ		carlos.bautista@zapopan.gob.mx	
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO		CORREO ELECTRÓNICO	
ARACELI DEL CARMEN PEREZ DIAZ		aracely.perez@zapopan.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 <input checked="" type="checkbox"/>			MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>					BAJA <input type="checkbox"/>														
NOMBRE COMPLETO HECTOR GERARDO HERNANDEZ PEREZ						R.F.C. HEPH730817SF3																
C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO		HORARIO:		D	L	M	X	M	X	J	X	V	X	S	X	DE	24 hrs.	A
								D	L	M	M	J	V	S	DE						A	
CON TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO Y PARTERO				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA				No. DE CÉDULA PROFESIONAL 2771260														
ESPECIALIDAD DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 4210411														
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 																						
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 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 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 CATEGORIA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"				CATEGORIA SERVICIOS DE SALUD				CATEGORIA					
				GRUPO CONSULTORIO				GRUPO					
				SUBGRUPO MEDICINA GENERAL				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 R.F.C. 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 <i>3542</i>
4.- Preparación	8.- Envasado	12.- Distribución	

**7**

**PARA LA MODIFICACION O ACTUALIZACION DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACION (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 MODIFICACION	DICE	DEBE DE DECIR
RAZON SOCIAL O DENOMINACION 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 DESCRIPCION 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>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	
DIA	MES	AÑO									
DIA	MES	AÑO									
DIA	MES	AÑO									

**RECIBIDO**  
01 NOV 2016  
15:08

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERAN LOS UTILIZADOS EN LOS TRAMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGURESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS.

DECLARÓ BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLÓ 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

Comisión para la Protección contra  
Riesgos Sanitarios  
Estado de  
Carlos Alfredo Bautista López

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

TABLA "B" CATEGORIA DEL PRODUCTOS

CATEGORIA	PROCESO	GRUPO	SUBGRUPO		
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a Temperatura Ambiente Transporte a Temperatura de Refrigeración Distribución Expendio o Suministro al Público Almacenamiento a Temperatura Ambiente Almacenamiento a Temperatura de Refrigeración y/o Congelado	Alimentos	Cárnicos Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Rastrros y obradores Productos de la pesca frescos y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harina y cereales Azúcar y productos de confitería Té y productos para infusión Condimentos Suplementos Alimenticios Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y derivados		
		Bebidas no alcohólicas	Agua purificada Jugos y Nectares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas alertantes (con taurina, cafeína, gluconolactona, etc.)		
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas		
		Productos Cosméticos	Lociones, perfumes y desodorantes Tintes Productos para los ojos Productos para los labios Cremas, lociones y productos para la cara Cremas, bloqueadores, bronceadores y productos para el cuidado del cuerpo Shampoo y productos para el cuidado del cabello Jabones de tocador y toallas faciales de tocador		
		Productos de Aseo y Limpieza	Detergentes (polvo, líquido y pasta) Blanqueadores o agentes oxidantes Aromatizantes Desinfectantes a base de amoníaco		
		Materia Primas	Lácteos y cárnicos Féculas, harinas y derivados Aceites y grasas		
		Expendio y suministro de alimentos	Corredores Industriales Restaurantes, taquerías, etc. Servicio de banquetes Bares, cantinas, discotecas, etc. Cafeterías		
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Edulcorantes Colorantes Sabonizantes Antioxidantes Conservadores		
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Micropigmentaciones Perforaciones
		Insumos para la Salud	Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución	Medicamentos	Medicamentos Alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según tipo de suministro o venta al público) Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbolianos Medicamentos vitamínicos
Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público	Materia Primas para Medicamentos				
	Dispositivos Médicos		Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Insumos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de curación Productos Higiénicos		
Salud Ambiental	Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público	Remedios Herbolianos			
		Plaguicidas	Ongen químico Botánicos Microbianos Misceláneos		
		Sustancias Tóxicas	Nombre de la sustancia tóxica		
		Precursor Químico y/o Producto Químico Esencial	Nombre del Precursor Químico y/o Producto Químico Esencial		
		Nutrientes Vegetales	Orgánicos Inorgánicos		
Productos con límite de metales pesados	Cerámica vidriada Juguetes Artículos escolares Otros				