



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

003487

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="checkbox"/> FARMACIA HOMOPÁTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="checkbox"/> BOTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA	INVENTARIO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> FÁBRICA DE REFINADOS HEMODIÁLISIS	<input type="checkbox"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REFINADOS HEMODIÁLISIS <input type="checkbox"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA CLASIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U ONCOLÓGICOS <input type="checkbox"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ARTÍCULOS Y ACCESORIOS <input type="checkbox"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS QUÍMICOS <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013	<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTORIO <input type="checkbox"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="checkbox"/> AMBULATORIO (DE MANEJA ESTE OPCIÓN FAVOR DE REGISTRAR EL REGISTRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PRODUCTOS... <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS QUÍMICAS DE USO INDUSTRIAL	HORA 11:00	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PRODUCTOS... <input type="checkbox"/> PRODUCTOS COMUNITA DE METALES PESADOS	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLASE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO 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			
CÓDIGO (CCCLAA)	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO		
821114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Público.		

<b>2 DATOS DEL PROPIETARIO:</b>			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83	
		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Colón No. 289	Centro	Zapopan	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	36-33-28-93

<b>3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:</b>																							
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.																					
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83																					
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO																					
Colón No. 289-8	Centro	Zapopan																					
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA																					
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco																					
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX																				
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	36-33-28-93																				
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA	MES																				
<table border="1"> <tr> <td>D X</td><td>L X</td><td>M X</td><td>M X</td><td>J X</td><td>V X</td><td>S X</td><td>DE</td><td>07:00</td><td>14:00</td> </tr> <tr> <td>D X</td><td>L X</td><td>M X</td><td>M X</td><td>J X</td><td>V X</td><td>S X</td><td>DE</td><td>15:00</td><td>21:00</td> </tr> </table>	D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	DE	07:00	14:00	D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	DE	15:00	21:00	9 DÍA	9 MES	2013 AÑO
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	DE	07:00	14:00														
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	DE	15:00	21:00														
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																				
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRMR06	aperez@saludzapopan.gob.mx																				
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																				
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRMR06	aperez@saludzapopan.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: RECIBIDO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS


ALTA  MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN  BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dra. Miriam Hedaly Dávalos Fernández** R.F.C.: **DARMB30735N02**

CURP: **MDR030821MIRIAM HEDALY DÁVALOS FERNÁNDEZ** CORREO ELECTRÓNICO: **miriamhdavalos@hotmail.com** HORARIO: **08:00 a 14:00**

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** NO. DE CÉDULA PROFESIONAL: **1343961**

ESPECIALIDAD(ES): **Psiquiatría** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** NO. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **5893747**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO: 


EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSALES, PERIÓDICO 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) SOLIC 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			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 CATEGORIA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORIA: <b>Servicios de Salud</b>			CATEGORIA:						
	GRUPO: <b>Consultorio</b>			GRUPO:						
	SUBGRUPO: <b>Psiquiatría</b>			SUBGRUPO:						
3) DENOMINACIÓN GENERAL 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: <b>REGULACIÓN SANITARIA REGION SANITARIA X</b>			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 ANEXO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, INSEGUIDA 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, DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO	<input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>		
R.F.C.	<input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO (DOMICILIO) (SEGAL)	<input type="checkbox"/>		
CLAVE SICAR Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS	<input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA	<input type="checkbox"/>	FIRMA _____ NOMBRE _____	
HORARIO	<input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO)	<input type="checkbox"/>		


SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES	<input type="checkbox"/>	INICIO DE ACTIVIDADES	<input type="checkbox"/>	DIJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>									
DE	<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> </table>	día	mes	año	A	<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> </table>	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 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

  
**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.