

Unidad de Urgencias Cruz Verde Federalismo
Sub Dirección Médica

OBJETO: Otorgar Servicios de Salud

NOMBRE DEL DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario, (25-Sep-2007)
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que otorga la autorización, permiso o licencia al sujeto obligado	Subsecretaría de regulación y fomento sanitario; Dirección general de regulación de los servicios de salud
c) Vigencia	Inderterminado hasta el cambio del responsable sanitario
d) Motivo	Otorgar servicios de salud y emergencias
e) Contraprestación	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y/Licencias	Dar cumplimiento a la NOM- 206-SSA1-2002; NOM-237-SSA1-2004
Datos de Ubicación: Calle Luis Quintero 750, Col. Quinta Federalismo, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DEL DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para Servicio de Transfusión sanguínea, R.U.P.A. 0388; SCIAN 621992
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que otorga la autorización, permiso o licencia al sujeto obligado	Comision federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS)
c) Vigencia	Por tiempo indeterminado de conformidad al artículo 370 de la Ley General de Salud
d) Motivo	Otorgar servicio de transfusión de sangre
e) Contraprestación	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y/Licencias	Dar cumplimiento a la NOM-003-SSA2-1993
Datos de Ubicación: Calle Luis Quintero 750, Col. Quinta Federalismo, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DE DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	Para laboratorios médicos de diagnóstico del sector público sala de toma de muestras R.U.P.A. 0388, SCIAN 621511
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que otorga la autorización, permiso o licencia al sujeto obligado	Comision federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS)
c) Vigencia	Indeterminada
d) Motivo	Otorgar servicios de laboratorio Clínico
e) Contraprestación	Ninguna
f) Condiciones para conservar el permiso y/Licencias	Dar cumplimiento a la NOM-007-SSA3-2011
Datos de Ubicación: Calle Luis Quintero 750, Col. Quinta Federalismo, Zapopan, Jal.	

NOMBRE DE DOCUMENTO

a) Tipo de autorización, permiso o licencia	NO APLICA
b) Nombre o razón social de la persona física o jurídica, que otorga la autorización, permiso o licencia al sujeto obligado	
c) Vigencia	
d) Motivo	
e) Contraprestación	
f) Condiciones para conservar el permiso y/Licencias	
Datos de Ubicación: Calle Luis Quintero 750, Col. Quinta Federalismo, Zapopan, Jal.	

 **SERVICIOS DE SALUD DEL
MPIO. DE ZAPOCAN
SUB DIRECCION
MEDICA
CRUZ VERDE SANTA LUCIA**

 **SUBDIRECCION MEDICA
CRUZ VERDE FEDERALISMO**

UNIDAD DE EMERGENCIAS CRUZ VERDE FEDERALISMO

SUB.DIRECCION MÉDICA

AMBULANCIA Z-029

OBJETIVO: OTORGAR SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE DEL DOCUMENTO

a) TIPO DE AUTORIZACION, PERMISO O LICENCIA	AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE AMBULANCIA TERRESTRE DE URGENCIAS BASICAS.
b) NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA PERSONA FISICA O JURIDICA, QUE OTORGA LA AUTORIZACION PERMISO O LICENCIA AL SUJETO OBLIGADO	SECRETARIA DE SALUD JALISCO, SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
c) VIGENCIA	INDETERMINADO O HASTA EL CAMBIO DEL RESPONSABLE SANITARIO.
d) MOTIVO	TRANSPORTE DE PACIENTES
e) CONTRAPRESTACION	NINGUNA
f) CONDICIONES PARA CONSEVAR EL PERMISO Y/LICENCIAS	DAR CUMPLIMIENTO A LA NOM-237-SSA1-2004
DATOS DE LA UBICACIÓN:	LUIS QUINTERO No. 750 COLONIA QUINTA FEDERALISMO ZAPOPAN JALISCO


DIRECCION DE URGENCIAS

E. Aldama

UNIDAD DE EMERGENCIAS CRUZ VERDE FEDERALISMO

SUB.DIRECCION MÉDICA

AMBULANCIA Z-032

OBJETIVO: OTORGAR SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE DEL DOCUMENTO

a) TIPO DE AUTORIZACION, PERMISO O LICENCIA	AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE AMBULANCIA TERRESTRE DE URGENCIAS BASICAS.
b) NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA PERSONA FISICA O JURIDICA, QUE OTORGA LA AUTORIZACION PERMISO O LICENCIA AL SUJETO OBLIGADO	SECRETARIA DE SALUD JALISCO, SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
c) VIGENCIA	INDETERMINADO O HASTA EL CAMBIO DEL RESPONSABLE SANITARIO.
d) MOTIVO	TRANSPORTE DE PACIENTES
e) CONTRAPRESTACION	NINGUNA
f) CONDICIONES PARA CONSEVAR EL PERMISO Y/LICENCIAS	DAR CUMPLIMIENTO A LA NOM-237-SSA1-2004
DATOS DE LA UBICACIÓN:	LUIS QUINTERO No. 750 COLONIA QUINTA FEDERALISMO ZAPOPAN JALISCO





AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN O BAJA



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

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS 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 checked="" type="radio"/> FARMACIA, BOTICA O DROGUERÍA (SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS)		<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	
		<input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	
		<input type="radio"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS		<input type="radio"/> CONSULTORIO	
<input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS		<input type="radio"/> CLÍNICA DENTAL	
<input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS		<input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
<input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL			
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 DE PLAGUICIDAS		<input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS	
<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	

CLAVE (S.C.I.A.N.) DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.

624232 ~~Servicios de Emergencias comunitarias prestados por el sector público~~

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
Servicios de Salud del Municipio de Zapopan		SSM 010830 U83	
		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Colon # 289		Zapopan	
CALIDAD	CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco	
TRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Cuitlahuac	Anahuac	36330929	

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

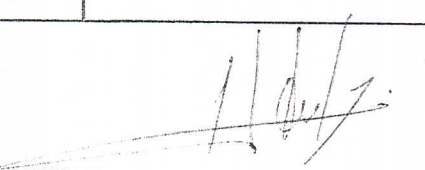
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.										
Unidad Cruz Verde Federalismo Zapopan		SSM 010830 U83										
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA										
Luis Quintero 750		Quinta Federalismo										
CALIDAD		DELEGACIÓN O MUNICIPIO										
Zapopan		Zapopan										
CALLE		CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA									
Av. Prolog Federalismo Club Oro		4 5 1 1 8 0	Jalisco									
TRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX									
		33424743										
HORARIO:	D	L	M	J	V	S	DE	A	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES			
	X	X	X	X	X	X			15	12	04	
PRESENTANTE LEGAL		C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO						
Lic. David Antonio Wong						Juridicoopd@gmail.com						
PERSONA AUTORIZADA		C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO						
Dr. Jose Guadalupe Plata Vazquez						pepeplata58@hotmail.com						

4 DATOS DE LA 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 type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>
NOMBRE COMPLETO Dr. Jose Guadalupe Plata Vazquez		R.F.C. PAVG 580402JJ4
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO pepeplata58@ Hotmail.com	HORARIO: D L X M XX JX X S DE 08:00 A 14:00 D L M M J V S DE A A
CON TÍTULO PROFESIONAL DE: Medico Cirujano Y partero	TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: Universidad de Guadalajara	No. DE CÉDULA PROFESIONAL 970060
ESPECIALIDAD DE:	TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:	No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 		
EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.		
NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR Dr. Jose Luis Martinez Alvarez		R.F.C. MAAL 540926

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>				
1) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA Servicios de Salud			CATEGORÍA						
	GRUPO Hospital			GRUPO						
	SUBGRUPO Hosp Sin Actos quirurgicos			SUBGRUPO						
2) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
3) MARCA COMERCIAL										
4) 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						
5) 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						
6) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO:	NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>		NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>					
7) 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

NOTA: LLENE EL RECUADRO POR CADA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE ALTA O POR 1 PRODUCTO QUE DESEE MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO O PARA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE BAJA.

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.- Gasto 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 QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DECIR" LOS DATOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE 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"/>		
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS) <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		

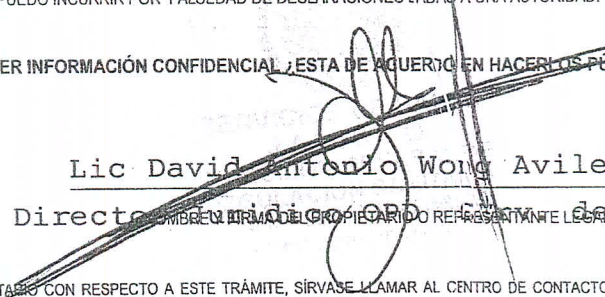
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>																		
DE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>				DÍA	MES	AÑO				DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <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, PODRA 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


Lic David Antonio Wong Aviles
 Director Jurídico QRO - Secretaría de Salud Mpio, Zapopan

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-386-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA C-PRIS 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 ÁREA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN O BAJA

1697



IO. 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

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS 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, BOTICA O DROGUERÍA (SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS)	<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input type="radio"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS				
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/>								
<input checked="" type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS	<input type="radio"/> CONSULTORIO							
<input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS	<input type="radio"/> CLÍNICA DENTAL							
<input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS	<input type="radio"/> AMBULANCIA (SI-MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)							
<input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL								
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 DE PLÁSTICAS	<input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS							
<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							

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
30 MAY 2011

CLAVE (S.C.I.A.R.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.R.
6242232	Hospitales Generales Del Sector Publico

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.
Servicios de Salud del Municipio de Zapopan		SSM 010830 U83
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
Colon # 289	COLONIA	
	Centro	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
		Zapopan
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
Zapopan	4 5 1 0 0	Zapopan
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO
Cuitlahuac	Anahuac	36330929
		FAX

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.																
Unidad Cruz Verde Federalismo		SSM 010830 U83																
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		DELEGACIÓN O MUNICIPIO																
Luis Quintero # 750		Quinta Federalismo Zapopan																
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA																
Zapopan	4 5 1 1 8 0	Jalisco																
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO																
Av. Prolog Federalismo	Club Oro	33424743																
		FAX																
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES																	
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>DE</td><td>A</td> </tr> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>24 hrs</td><td>A</td> </tr> </table>	D	L	M	J	V	S	DE	A	X	X	X	X	X	X	24 hrs	A	15 DÍA 12 MES 04 AÑO	
D	L	M	J	V	S	DE	A											
X	X	X	X	X	X	24 hrs	A											
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)																
Lic. David Antonio Wong																		
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO																
Dr. Jose Guadalupe Plata Vazquez		pepeplata58@hotmail.com																

4 DATOS DE LA 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

BAJA

NOMBRE COMPLETO

Dr. Jose Guadalupe Plata Vazquez

R.F.C. PAVG 580402 JJ4

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO

pepeplata58@hotmail.com

HORARIO:

D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	14:00
		X	X	X	X				
D	L	M	M	J	V	S	DE		A

CON TÍTULO PROFESIONAL DE:

Medico Cirujano y Partero Universidad de Guadalajara

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR:

No. DE CÉDULA PROFESIONAL

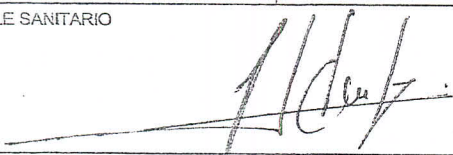
970060

ESPECIALIDAD DE:

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:

No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO



EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

Dr. Jose Luis Martinez Alvarez

R.F.C.

MAAL 540926

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>				
1) ANTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA Servicios de Salud			CATEGORÍA						
	GRUPO Hospital			GRUPO						
	SUBGRUPO Hospital sin actos quirurgicos			SUBGRUPO						
2) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
3) MARCA COMERCIAL										
4) 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						
5) 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						
6) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO:	NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>		NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>					
7) 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

NOTA: LLENE EL RECUADRO POR CADA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE ALTA O POR 1 PRODUCTO QUE DESEE MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO O PARA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE BAJA.

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|---|--|
| 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 QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DECIR" LOS DATOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE 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"/>		1007
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS) <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <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>	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, PODRA 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 FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

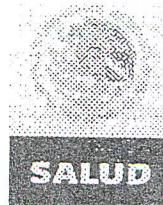
LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?

SI NO

Lic David Antonio Wong Aviles
 Director Municipal de Salud Mpio, Zapopan

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-386-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS 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.

AVISOS



No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)	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

1 AVISO DE:			
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE CUENTA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>	IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/>	INFORME ANUAL <input type="checkbox"/>	PRÓRROGA DE PLAZO PARA AGOTAR EXISTENCIAS DE INSUMOS <input type="checkbox"/>
RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input checked="" type="checkbox"/>	EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/>	PUBLICIDAD <input type="checkbox"/>	ANOMALIA O IRREGULARIDAD SANITARIA <input type="checkbox"/>
ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>	PREVISIONES <input type="checkbox"/>	MAQUILA <input type="checkbox"/>	
HOMOCLAVE DEL TRÁMITE: COFEPRIS -05-011	NOMBRE DEL TRÁMITE: Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud de establecimientos que operan con licencia sanitaria		
MODALIDAD DEL TRÁMITE:			

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) Servicios de salud del municipio de Zapopan		R.F.C. SSM 010830 U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR Colón No. 289		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
LOCALIDAD Zapopan	COLONIA Centro	DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan	
ENTRE CALLE Ramon Corona	Y CALLE Aldama	ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco	TELÉFONO (S) 36330929
			FAX

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																																																		
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Cruz Verde Zapopan Unidad Federalismo		R.F.C. SSM 010830 U83																																																
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR Luis Quintero No. 750		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)																																																
LOCALIDAD Zapopan	COLONIA Quinta Federalismo	DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan																																																
ENTRE CALLE Prol Federalismo	Y CALLE Club Oro	ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco	TELÉFONO (S) 33424743																																															
			FAX																																															
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN																																																
CLAVE (SCIAN) 464111	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN Farmacia sin minisuper con venta de medicamentos controlados,biologicos y/o hemoderivados																																																	
HORARIO: <table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>S</td><td>D</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D	L	M	M	J	V	S	S	D													24 hrs	A	24 hrs	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	15 DÍA	12 MES	2004 AÑO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
D	L	M	M	J	V	S	S	D																																										

INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO		
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE Dra Adriana Capurro Ceballos	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO acapurro@saludzapopan.gob.mx
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE Dr. Jose Guadalupe Plata Vazquez	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO pepeplata58@hotmail.com

PRODUCTO	PRODUCTO													PRODUCTO																																				
1) CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO	Insurnos																																																	
2) ESPECIFICAR	Medicamentos																																																	
3) DENOMINACIÓN ESPECÍFICA DEL PRODUCTO	Alopaticos																																																	
4) NOMBRE (MARCA COMERCIAL) O DENOMINACIÓN DISTINTIVA																																																		
5) DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (DCI), DENOMINACIÓN GENÉRICA O NOMBRE CIENTÍFICO																																																		
6) FORMA FARMACÉUTICA O ESTADO FÍSICO																																																		
7) CANTIDAD O VOLUMEN TOTAL																																																		
8) UNIDAD DE MEDIDA																																																		
9) TIPO DE PRODUCTO																																																		
10) USO ESPECÍFICO O PROCESO																																																		
1) CONCENTRACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO Y VALOR TOTAL EN DÓLARES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
2) FECHA A REALIZAR MOVIMIENTO EN CASO DE IMPORTACIÓN O EXPORTACIÓN O FECHA DEL ÚLTIMO BALANCE PARA AVISO DE REVISIÓN DE COMPRA VENTA.																																																		
3) No. REGISTRO O AUTORIZACIÓN SANITARIA O CLAVE FANUMÉRICA																																																		
FRACCIÓN ARANCELARIA																																																		
PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA O TIPO DE ENVASE																																																		
CANTIDAD DE LOTES																																																		
PRÓRROGA DE PLAZO PARA AGOTAR EXISTENCIAS																																																		
PRESENTACIÓN DESTINADA A:	EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> G. I. <input type="checkbox"/> SECTOR SALUD <input type="checkbox"/> VENTA <input type="checkbox"/>													EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> G. I. <input type="checkbox"/> SECTOR SALUD <input type="checkbox"/> VENTA <input type="checkbox"/>																																				
UNIDAD DE MEDIDA DE APLICACIÓN DE LA TIGIE (UMT)																																																		
CANTIDAD DE UNIDAD DE DE MEDIDA DE APLICACIÓN DE LA																																																		
DELO																																																		
DESCRIPCIÓN O DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO																																																		

PARA EL CASO DE MÁS DE DOS PRODUCTOS, REPRODUCIR ESTA HOJA, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO CONFORME A LO ESTABLECIDO POR TIPO DE TRÁMITE.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS:

TIPO	DICE		DEBE DE DECIR	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>				
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>				
OTROS (DOMICILIO FISCAL, 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"/>				

DÍA MES AÑO A DÍA MES AÑO FECHA DÍA MES AÑO

CAMBIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL CAMPO
 CAMBIO DE UBICACIÓN DE UN ESTABLECIMIENTO CON LICENCIA, REQUIERE LA SOLICITUD DE UNA NUEVA LICENCIA.
 373 DE LA LEY GENERAL DE SALUD)

0 DATOS DE PUBLICIDAD:

POBLACIÓN EN GENERAL (MASIVA) PROFESIONALES DE LA SALUD

MEDIO PUBLICITARIO

AGENCIA (Nombre o razón social)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR COLONIA DELEGACIÓN O MUNICIPIO

LOCALIDAD CÓDIGO POSTAL ENTIDAD FEDERATIVA

TELÉFONO Y FAX NÚMERO DE PRODUCTOS DURACIÓN O TAMAÑO (c)

(c) EXCEPTO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.

1 INFORME ANUAL DE LA ACTIVIDAD REGULADA:

	ESTABLECIMIENTO	ESTABLECIMIENTO
RAZÓN SOCIAL		
R.F.C.		
CALLE Y NÚMERO		
COLONIA		
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		
CÓDIGO POSTAL		
LOCALIDAD		
ENTIDAD FEDERATIVA		
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD REGULADA		
FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA ACTIVIDAD REGULADA		
SUSTANCIA		
CANTIDAD O VOLUMEN		
No. LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO		

NOTA: PARA EL CASO DE MAS DE DOS ESTABLECIMIENTOS, REPRODUCIR ESTA HOJA, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

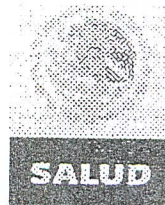
DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLIO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES

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

Dr. Jose Guadalupe Plata Nazco
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-386-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS 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.

AVISOS



No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)	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

1 AVISO DE:			
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE CUENTA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>	IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/>	INFORME ANUAL <input type="checkbox"/>	PRÓRROGA DE PLAZO PARA AGOTAR EXISTENCIAS DE INSUMOS <input type="checkbox"/>
RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input checked="" type="checkbox"/>	EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/>	PUBLICIDAD <input type="checkbox"/>	ANOMALIA O IRREGULARIDAD SANITARIA <input type="checkbox"/>
ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>	PREVISIONES <input type="checkbox"/>	MAQUILA <input type="checkbox"/>	
HOMOCLAVE DEL TRÁMITE: COFEPRIS -05-011	NOMBRE DEL TRÁMITE: Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud de establecimientos que operan con licencia sanitaria		
MODALIDAD DEL TRÁMITE:			

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) Servicios de salud del municipio de Zapopan		R.F.C. SSM 010830 U83	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR Colon No. 289	COLONIA Centro	DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan	
LOCALIDAD Zapopan	CÓDIGO POSTAL 451100	ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco	
ENTRE CALLE Ramon Corona	Y CALLE Aldama	TELÉFONO (S) 36330929	FAX

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Cruz Verde Zapopan Unidad Federalismo		R.F.C. SSM 010830 U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR Luis Quintero No. 750	COLONIA Quinta Federalismo	DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan	
LOCALIDAD Zapopan	CÓDIGO POSTAL 451180	ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco	
ENTRE CALLE Prol Federalismo	Y CALLE Club Oro	TELÉFONO (S) 33424743	FAX
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN	

CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN
464111	Farmacia sin minisuper con venta de medicamentos controlados,biologicos y/o hemoderivados

HORARIO:	<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>DE</td> <td>24 hrs</td> <td>A</td> <td>24 hrs</td> <td>FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES</td> <td>15</td> <td>12</td> <td>2004</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>S</td><td>DE</td> <td></td> <td>A</td> <td></td> <td></td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DE	24 hrs	A	24 hrs	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	15	12	2004	D	L	M	M	J	V	S	S	DE		A			DIA	MES	AÑO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DE	24 hrs	A	24 hrs	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	15	12	2004																		
D	L	M	M	J	V	S	S	DE		A			DIA	MES	AÑO																		

INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO		
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO
Dra Adriana Capurro Ceballos		acapurro@saludzapopan.gob.mx
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO
Dr. Jose Guadalupe Plata Vazquez		pepeplata58@hotmail.com

Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.


	PRODUCTO													PRODUCTO												
1) CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO	Insumos																									
2) ESPECIFICAR	Medicamentos																									
3) DENOMINACIÓN ESPECÍFICA DEL PRODUCTO	Alopaticos																									
4) NOMBRE (MARCA COMERCIAL) O DENOMINACIÓN DISTINTIVA																										
5) DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (DCI), DENOMINACIÓN GENÉRICA O NOMBRE CIENTÍFICO																										
6) FORMA FARMACÉUTICA O ESTADO FÍSICO																										
7) CANTIDAD O VOLUMEN TOTAL																										
8) UNIDAD DE MEDIDA																										
9) TIPO DE PRODUCTO																										
10) USO ESPECÍFICO O PROCESO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
11) CONCENTRACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO Y VALOR TOTAL EN DÓLARES	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
12) FECHA A REALIZAR MOVIMIENTO EN CASO DE IMPORTACIÓN O EXPORTACIÓN O FECHA DEL ÚLTIMO BALANCE PARA AVISO DE REVISIÓN DE COMPRA VENTA																										
13) No. REGISTRO O AUTORIZACIÓN SANITARIA O CLAVE ALFANUMÉRICA																										
14) FRACCIÓN ARANCELARIA																										
15) PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA O TIPO DE ENVASE																										
16) CANTIDAD DE LOTES																										
17) PRÓRROGA DE PLAZO PARA AGOTAR EXISTENCIAS																										
18) PRESENTACIÓN DESTINADA A:	EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/>				G. I. <input type="checkbox"/>									EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/>				G. I. <input type="checkbox"/>								
	SECTOR SALUD <input type="checkbox"/>				VENTA <input type="checkbox"/>									SECTOR SALUD <input type="checkbox"/>				VENTA <input type="checkbox"/>								
19) UNIDAD DE MEDIDA DE APLICACIÓN DE LA TIGIE (UMT)																										
20) CANTIDAD DE UNIDAD DE DE MEDIDA DE APLICACIÓN DE LA TIGIE																										
21) MODELO																										
22) DESCRIPCIÓN O DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO																										

NOTA: PARA EL CASO DE MÁS DE DOS PRODUCTOS, REPRODUCIR ESTA HOJA, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO CONFORME A LO ESTABLECIDO POR TIPO DE TRÁMITE.

5 ACTUALIZACIÓN DE DATOS:											
TIPO	DICE					DEBE DE DECIR					
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>											
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>											
OTROS (DOMICILIO FISCAL, 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"/>					
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			

EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL CAMPO

NOTA: EL CAMBIO DE UBICACIÓN DE UN ESTABLECIMIENTO CON LICENCIA, REQUIERE LA SOLICITUD DE UNA NUEVA LICENCIA. (TÍTULO 373 DE LA LEY GENERAL DE SALUD)

6 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:																																	
ALIA <input checked="" type="checkbox"/>		MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>				BAJA <input type="checkbox"/>																											
NOMBRE COMPLETO Dr. Jose Guadalupe Plata Vazquez						R.F.C. PAVG 580402 JJ4																											
C.U.R.P. PAVG580402HDFLZD09		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO pepeplata58@hotmail.com		HORARIO:		D		L		M		X		M		X		J		X		S		DE		09:00		A		14:00	
CON TÍTULO PROFESIONAL DE: Medico Cirujano Y partero				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: Universidad de Guadalajara				No. DE CÉDULA PROFESIONAL 970060																									
ESPECIALIDAD DE:				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD																									
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 																																	
EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.																																	
NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR						R.F.C.																											

7 DATOS CON QUIEN EFECTÚA LA OPERACIÓN DE MAQUILA:											
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL						R.F.C.					
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACIÓN O MUNICIPIO					
LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA					
NOMBRE DEL RESPONSABLE SANITARIO						R.F.C.					
						C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)					
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO				TELÉFONO Y FAX		TIEMPO DE DURACIÓN DE LA MAQUILA					
PROCESO A MAQUILAR						MOTIVO DE LA MAQUILA					

8 DATOS CON QUIEN EFECTÚA LA OPERACIÓN DE IMPORTACIÓN O EXPORTACIÓN:											
NOMBRE DEL FABRICANTE						R.F.C. (a)					
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACIÓN O MUNICIPIO					
LOCALIDAD (a)				CÓDIGO POSTAL (a)		ENTIDAD FEDERATIVA (a)					
NOMBRE DEL PROVEEDOR						R.F.C. (a)					
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACIÓN O MUNICIPIO					
LOCALIDAD (a)				CÓDIGO POSTAL (a)		ENTIDAD FEDERATIVA (a)					
NOMBRE DEL FACTURADOR O CONSIGNATARIO (b)						R.F.C. (a)					
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACIÓN O MUNICIPIO					
LOCALIDAD (a)				CÓDIGO POSTAL (a)		ENTIDAD FEDERATIVA (a)					
PAÍS DE ORIGEN				PAÍS DE PROCEDENCIA				PAÍS DE DESTINO			
1) ADUANA DE ENTRADA O SALIDA				2) ADUANA DE ENTRADA O SALIDA				3) ADUANA DE ENTRADA O SALIDA			

(a) SOLO CUANDO EL ESTABLECIMIENTO ESTÉ DOMICILIADO EN MÉXICO

(b) LOS DATOS DEL CONSIGNATARIO APLICA ÚNICAMENTE EN EL TRÁMITE DE IMPORTACIÓN O EXPORTACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS ESENCIALES

DATOS DE PUBLICIDAD:			
POBLACIÓN EN GENERAL (MASVA) <input type="checkbox"/>		PROFESIONALES DE LA SALUD <input type="checkbox"/>	
MEDIO PUBLICITARIO			
AGENCIA (Nombre o razón social)			
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
TELÉFONO Y FAX	NÚMERO DE PRODUCTOS	DURACIÓN O TAMAÑO (c)	

(c) EXCEPTO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.

1 INFORME ANUAL DE LA ACTIVIDAD REGULADA:		
	ESTABLECIMIENTO	ESTABLECIMIENTO
RAZÓN SOCIAL		
R.F.C.		
CALLE Y NÚMERO		
COLONIA		
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		
CÓDIGO POSTAL		
LOCALIDAD		
ENTIDAD FEDERATIVA		
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD REGULADA		
FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA ACTIVIDAD REGULADA		
SUSTANCIA		
CANTIDAD O VOLUMEN		
No. LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO		

NOTA: PARA EL CASO DE MAS DE DOS ESTABLECIMIENTOS, REPRODUCIR ESTA HOJA, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

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

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTÁ DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?

SI

NO

Dr Jose Guadalupe Plata Mazquez

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-386-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS 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.

**SUBSECRETARÍA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-06-002 AVISO DE FUNCIONAMIENTO

LLÉNESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN			R.F.C. S S M 0 1 0 8 3 0 U 8 3 		
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR COLON	NUMERO O LETRA INTERIOR 289	COLONIA O LOCALIDAD CENTRO	CODIGO POSTAL 4 5 1 0 0		
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO ZAPOPAN	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	TELEFONO (S) 36330929	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL INTEREZADO NO REALIZA EL TRAMITE) LIC. CARLOS CHARPENEL FIGUEROA		

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL UNIDAD CRUZ VERDE FEDERALISMO				
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR LUIS QUINTERO	NUMERO O LETRA INTERIOR 750	COLONIA O LOCALIDAD QUINTA FEDERALISMO	CODIGO POSTAL 4 5 1 0 0	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO ZAPOPAN	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	TELEFONO (S) Y/O FAX 3342 4743 3342 4751		

3.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO

<input type="checkbox"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="checkbox"/> SERVICIO DE ASISTENCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> CENTROS DE TATUAJES <input type="checkbox"/> DISPOSICION DE CADAVERES		DE ATENCION MEDICA: <input type="checkbox"/> AMBULANCIAS <input type="checkbox"/> LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS <input type="checkbox"/> CONSULTORIOS <input type="checkbox"/> CLINICAS DENTALES <input checked="" type="checkbox"/> HOSPITALES DONDE NO SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS
NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS	NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL DEL RESPONSABLE SANITARIO 1071028	FECHA DE INICIO DE LABORES 24 09 07 DIA MES AÑO

3.1 EN EL CASO DE AMBULANCIAS

No.	MARCA	MODELO	No. DE PLACAS	No. DE MOTOR	URGENCIAS
1		SERVICIOS DE SALUD JALISCO	JALISCO		<input type="checkbox"/> EQUIPADA <input type="checkbox"/> NO EQUIPADA
2		RECIBIDO 25 SEP 2007			
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

REGULACION SANITARIA
DIRECCION SANITARIA
ZAPOPAN

Declaro bajo protesta de 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.

LUGAR Y FECHA 24-SEPTIEMBRE-2007 ZAPOPAN JALISCO	FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL LIC. CARLOS CHARPENEL FIGUEROA	
--	--	--

SSA-06-002

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-480-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-33-72, O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-06-003 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

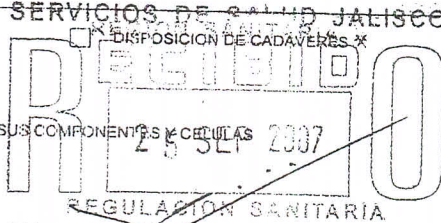
1.- DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN			R.F.C. S S M 0 1 0 8 3 0 U 8 3		
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR COLON	NUMERO O LETRA INTERIOR 289	COLONIA O LOCALIDAD CENTRO	CODIGO POSTAL 4 5 1 0 0		
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO ZAPOPAN	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	TELEFONO (S) 3633 0929	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL INTEREZADO NO REALIZA EL TRAMITE) LIC. CARLOS CHARPENEL FIGUEROA		

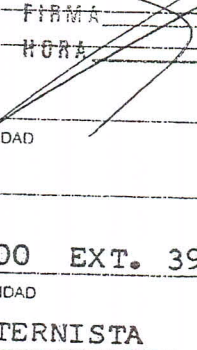
2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL UNIDAD CRUZ VERDE FEDERALISMO				
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR LUIS QUINTERO	NUMERO O LETRA INTERIOR 750	COLONIA O LOCALIDAD QUINTA FEDERALISMO	CODIGO POSTAL 4 5 1 0 0	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO ZAPOPAN	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	TELEFONO (S) 3342 4743	NOMBRE DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS	

2.1 - TIPO DE ESTABLECIMIENTO

<input checked="" type="checkbox"/> SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DONDE NO SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS	
<input type="checkbox"/> AMBULANCIAS	
<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS	
<input type="checkbox"/> SERVICIOS AUXILIARES AL TRATAMIENTO MEDICO CON DISPOSITIVOS Y BANCOS DE ORGANOS Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS	
<input type="checkbox"/> CONSULTORIO DE MEDICINA GENERAL, ESPECIALIDAD, ODONTOLOGICOS Y CLINICAS DENTALES	
<input type="checkbox"/> LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS AUXILIARES AL DIAGNOSTICO MEDICO	

3.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE (S) OSCAR	APELLIDO PATERNO GONZALEZ	FIRMA 	HORA 12:30
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR SANTA LUCIA	NUMERO O LETRA INTERIOR S/NUM.	COLONIA O LOCALIDAD TEPEYAC	APELLIDO MATERNO DIAZ
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO ZAPOPAN	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	TELEFONO (S) 3818 2200 EXT. 3907	CODIGO POSTAL 4 5 1 5 0
NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL 1071028	PROFESION / ESPECIALIDAD MEDICO INTERNISTA		

4.- TIPO DE TRAMITE

<input type="checkbox"/> DESIGNACION	<input type="checkbox"/> RENOVACION	<input type="checkbox"/> SUSTITUCION
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

5.- DOCUMENTOS ANEXOS

ORIGINAL DE CARTA DE DESIGNACION, FIRMADA POR EL PROPIETARIO O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

Declaro bajo protesta de decir verdad, que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me exima de la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad sanitaria.

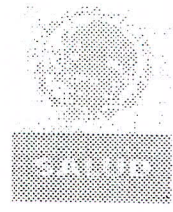
REGULACION SANITARIA
LUGAR Y FECHA
ZAPOPAN

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL LIC. CARLOS CHARPENEL FIGUEROA	FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO DR. OSCAR GONZALEZ DIAZ
--	---

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ANLISE CORRESPONDIENTE PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-480-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-33-72, O AL TELEFONO 5-5-53-70-80 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO



SERVICIOS DE SALUD



No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)	NO. RUPA
---	----------

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUIA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA O A COMPUTADORA.

1 AVISO DE:		1 SOLICITUD DE:	
RESPONSABLE SANITARIO DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERAN CON LICENCIA SANITARIA		ALTA O NUEVO	
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN O BAJA <input type="checkbox"/>	LICENCIA <input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>
BAJA DE PERMISO DE RESPONSABLE		PERMISO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA		AUTORIZACIÓN DE LIBROS <input type="checkbox"/>	
HOMOCLAVE DEL TRÁMITE: COFEPRIS -05-U37-C	NOMBRE DEL TRÁMITE: Aviso de Responsable Sanitario de establecimiento de atención medica		
MODALIDAD DEL TRÁMITE: Servicios de transfusion Sanguinea			

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
Servicios de salud del municipio de zapopan		SSM 010830 U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
Colon No. 289			
LOCALIDAD	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Zapopan	Centro	Zapopan	
ENTRE CALLE	CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO
Ramon Corona	45100	Jalisco	36330929
Y CALLE		FAX	
Aldama			

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
SECTOR AL QUE PERTENECE:		SOCIAL <input type="checkbox"/>	
PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADO <input type="checkbox"/>	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
Cruz Verde Zapopan Unidad Federalismo		SSM 010830 U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LUIS QUINTERO No. 750		Zapopan	
LOCALIDAD	COLONIA	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	Quinta Federalismo	Jalisco	
ENTRE CALLE	CODIGO POSTAL	TELEFONO	FAX
Prolog Federalismo	45180	33424743	
Y CALLE			
Club Oro			
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACION	
621992		PAVG 580402 JJ4	
DESCRIPCIÓN DEL SCIAH			
Servicios de Bancos de Organos, Banco de Sangre y otros Servicios auxiliares al tratamiento medico prestados por el sector publico			

INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO
Dra Adriana Capurro Ceballos			acapurro@saludzapopan.gob.mx
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO
Jose Guadalupe Plata Vazquez			pepeplata58@hotmail.com

DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA:

ACTOS QUIRÚRGICOS Y/O OBSTÉTRICOS

DISPOSICIÓN Y BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

ALTA

MODIFICACIÓN

BAJA

¿ESTÁ COMPLETO?

Dr. Jose Guadalupe Plata Vazquez

R.F.C. PAVG 580402 JJ4

VG580402HDFLZD09 (DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO pepeplata58@hotmail.com

D	X	M	M	J	V	S
D	L	M	M	J	V	S

DE 09:00 A 14:00

SOLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA
 MÉDICO CIRUJANO HEMATÓLOGO PATÓLOGO CLÍNICO
 (CONSTANCIA DE IDONEIDAD)

PROFESIONAL DE Médico Cirujano y partero

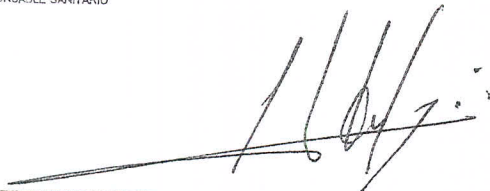
TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara

Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL 970060

DE ESPECIALIDAD DE

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR

Nº. DE CÉDULA DE ESPECIALIDAD

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 

EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.

NOMBRE COMPLETO

R.F.C.

VER FOTO SÓLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA

DATOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO QUE UTILIZA FUENTES DE RADIACIÓN PARA FINES MÉDICOS, DE DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO:

ALTA RAYOS X

MEDICINA NUCLEAR

RADIOTERAPIA

ALTA

MODIFICACIÓN

BAJA

¿ESTÁ COMPLETO?

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)

D	L	M	M	J	V	S
D	L	M	M	J	V	S

DE A

CON TÍTULO PROFESIONAL DE:

ESPECIALIDAD DE:

PROFESIONAL EXPEDIDO POR:

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:

Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL

DATOS DEL ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA (RESPONSABLE TÉCNICO):

ALTA

MODIFICACIÓN

BAJA

¿ESTÁ COMPLETO?

R.F.C.

(DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

CÓDIGO POSTAL

ENTIDAD FEDERATIVA

PROFESIONAL EXPEDIDO POR:

ESPECIALIDAD DE:

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:

Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL

7 ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS, PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS:

SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES Y ANOTE EN EL RECUADRO CON NÚMEROS ARÁBIGOS LA CANTIDAD :

<input type="text"/>	QUIRÓFANOS	<input type="text"/>	SALA DE EXPULSIÓN
<input type="text"/>	CAMAS CENSABLES	<input type="text"/>	TERAPIA INTENSIVA
<input type="text"/>	CONSULTA EXTERNA	<input type="text"/>	TERAPIA INTERMEDIA
<input type="text"/>	LABORATORIO CLÍNICO	<input type="text"/>	TERAPIA NEONATAL
<input type="text"/>	ULTRASONIDO	<input type="text"/>	LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
<input type="text"/>	RAYOS X	<input type="text"/>	BANCO DE ÓRG. Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CÉLULAS
<input type="text"/>	MASTOGRAFÍA	<input type="text"/>	BANCO DE SANGRE Y/O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
<input type="text"/>	HEMODIÁLISIS	<input type="text"/>	CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)
<input type="text"/>	MÁQUINAS Y SILLONES PARA HEMODIÁLISIS	<input type="text"/>	COCINA COMEDOR
<input type="text"/>	ELECTROCARDIOGRAFÍA	<input type="text"/>	LAVANDERÍA
<input type="text"/>	ELECTROENCEFALOGRAFÍA	<input type="text"/>	CUARTO DE MÁQUINAS
<input type="text"/>	TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA	<input type="text"/>	PLANTA DE EMERGENCIA
<input type="text"/>	CAMAS NO CENSABLES	<input type="text"/>	AMBULANCIA (S)
<input type="text"/>	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA	<input type="text"/>	URGENCIAS
<input type="text"/>	HOSPITALIZACIÓN		

7 PARA DISPOSICIÓN DE ORGANOS Y/O BANCOS DE TEJIDOS Y CÉLULAS:

MARQUE CON UNA "X" LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:

TIPO	CÓRNEAS	HUESO	RIÑÓN	HIGADO	CORAZÓN	CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS
EXTRACCIÓN						
TRASPLANTE						

TIPO	CÓRNEAS	HUESO	CÉLULAS GERMINALES	PIEL	ADMIOS	CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS
BANCO						

OTROS (INDIQUE TIPO DE ACTO A REALIZAR Y EL ÓRGANO, TEJIDO O CÉLULA RELACIONADO):

8 PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:

SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES :

<input type="text"/>	SALA DE ESPERA	<input type="text"/>	OBTENCIÓN DE LA SANGRE
<input type="text"/>	EXÁMENES MÉDICOS	<input type="text"/>	FRACCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN
<input type="text"/>	LABORATORIO CLÍNICO	<input type="text"/>	APLICACIONES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES
<input type="text"/>	CONTROL ADMINISTRATIVO Y SUMINISTRO	<input type="text"/>	INSTALACIONES SANITARIAS

B ACTUALIZACIÓN DE DATOS: (Solo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1A del campo de avisos)

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DECIR
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
OTROS (DOMICILIO FISCAL, TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES A REINICIO DE ACTIVIDADES FECHA BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

C MODIFICACIÓN DE: (Solo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1B del campo de solicitudes)

NÚMERO DE DOCUMENTO A MODIFICAR: _____

DICE / CONDICIÓN AUTORIZADA	DEBE DECIR / CONDICIÓN SOLICITADA

EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL CAMPO.

ECLARO 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 SANCCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSIDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD. Y ACEPTO QUE LA NOTIFICACIÓN DE ESTE TRÁMITE SE REALICE A TRAVÉS DEL CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS U OFINAS EN LOS ESTADOS CORRESPONDIENTES AL SISTEMA FEDERAL SANITARIO.
Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo

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

Dr. Jose Guadalupe Plata Vazquez
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL
 O RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000 2000 EN EL D.F. Y EN EL ESTADO DE JALISCO AL 01-800-112-0564 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. DE MEXICO AL 01-800-420-4224.



Comunicación

SECRETARÍA DE SALUD



2011 - Año de la Independencia

Oficio No. 113301534C0275

03 ENE 2012

DRA. ADRIANA CAPURRO CEBALLOS
REPRESENTANTE LEGAL
CRUZ VERDE UNIDAD FEDERALISMO
LUIS QUINTERO NO. 750, COL. QUINTA FEDERALISMO,
MPIO. ZAPOPAN, C.P. 45180,
JALISCO.

En atención a la documentación recibida en esta comisión referente a la solicitud de **Licencia Sanitaria**.

Al respecto le informo que:

Adjunto enviamos a usted **01** original y copia de Licencia, solicitando sea entregada a los interesados de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente y remitir a esta Comisión Federal la copia de la misma, con la firma autógrafa a más tardar en 15 días.

NUM. DE CONTROL	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	GIRO	LICENCIA
113301534C0275	CRUZ VERDE UNIDAD FEDERALISMO	ST	11 TS 14 120 245

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION.
SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES
EN SERVICIOS DE SALUD

ALVARO HERRERA HUERTA

C.C.P Coordinación de Regulación Sanitaria, Dr. Juan Carlos Olivares Gálvez: Dr. Baeza Alzaga 107.- Col. Centro Sector Hidalgo, C.P. 44100 Guadalajara Jalisco.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA DE SALUD
COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS
COMISION DE AUTORIZACION SANITARIA



113301534C0275

NOMBRE DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL: SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN
DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO: CRUZ VERDE UNIDAD FEDERALISMO
CALLE: LUIS QUINTERO No. 750
COLONIA Y/O LOCALIDAD: QUINTA FEDERALISMO
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO: ZAPOPAN
CODIGO POSTAL: 45180
ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO

LICENCIA SANITARIA No.

11 TS 14 120 245

AUTORIZADO PARA:

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

FECHA DE EXPEDICION
21/12/2011



LA PRESENTE AUTORIZACION ES VALIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN LAS QUE FUE EXPEDIDA

VIGENCIA

VIGENCIA INDETERMINADA
DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 370
DE LA LEY GENERAL DE SALUD

DR. ALVARO HERRERA HUERTA
SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN
SERVICIOS DE SALUD

Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los órganos administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios, artículo vigésimo primero por lo que se delega en la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud la facultad de expedir y prorrogar las licencias y permisos sanitarios relacionados con las materias a que se refiere el artículo 3 fracción I incisos a y m del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitario

ARTICULO 4, FRACCION II INCISO C Y 14 FRACCION I DEL REGLAMENTO DE LA COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

ESTA LICENCIA DEBERA ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO



0388



NÚMERO DE RUIPA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS
 IMPRIMA EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA O COMPUTADORA

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 DE RESPONSABLE SANITARIO

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

FARMACIA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
 FARMACIA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS
 FARMACIA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS CONTROLADOS
 FARMACIA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS

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

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS
 CONSULTORIO
 CLÍNICA DENTAL
 LABORATORIO DE ANÁLISIS QUÍMICOS
 AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)
 CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL

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

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR DE PLAGUICIDAS
 PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
621511	Laboratorios Médicos y de Diagnóstico del Sector Público (Sala de Toma de Muestras)

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

R.F.C. SSM010830083
 C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
 D.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan
 Calle Colón #289 Centro Zapopan Jalisco
 Código Postal 41511010
 Delegación o Municipio Zapopan
 Calle Cuitláhuac y Calle Anáhuac
 Teléfono 36330929

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

R.F.C. SSM010830083
 C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
 Cruz Verde Federalismo
 C. Luis Quintero #750 Quinta Federalismo Zapopan Jalisco
 Calle Federalismo Norte y Calle Club Oro
 Código Postal 41511810
 Delegación o Municipio Zapopan
 Teléfono 33404751

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	15	09	2010
	DIA	MES	AN

REPRESENTANTE LEGAL: Lic. David Antonio Wang Aviles
 CURP (DATO OPCIONAL)
 CORREO ELECTRÓNICO: dwang@SaludZapopan.gob.mx

REPRESENTANTE LEGAL: Pascual Maldonado Moreno
 CURP (DATO OPCIONAL)
 CORREO ELECTRÓNICO: intrex_00@hotmail.com

4 DATOS DE LA AMBULANCIA:

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE EMERGENCIAS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADO
MARCA			
MODELO			
NÚMERO DE PLATA			
NÚMERO DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:

EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA
 MODIFICACION
 BAJA

R.F.C.:

ESTADO (OPCIONAL)
 CORREO ELECTRÓNICO
 HORARIO:

D	L	M	M	J	V	S	DE		A
D	L	M	M	J	V	S	DF		A

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR
 No. DE CÉDULA PROFESIONAL

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR
 No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD

EN CASO DE MODIFICACION DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR
 R.F.C.

0388

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input checked="" type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>				
1. NOMBRE DE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA 101	CATEGORÍA Servicio de Salud			CATEGORÍA						
2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PRODUCTO O SERVICIO	GRUPO Laboratorio Médico			GRUPO						
3. DESCRIPCIÓN DETALLADA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO	SUBGRUPO Análisis Clínicos			SUBGRUPO						
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. ¿ES PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO?	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>						
8. MARQUE CON UN CÍRCULO EN CADA UNO DE LOS RECUADROS SIGUIENTES CONDI- CIONANDO EL PRODUCTO O SERVICIO A LA TABLA 101	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

NOTA: SEÑALE EL RECUADRO PARA CADA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE ALTA O FOR 1 PRODUCTO QUE DESEE MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO O PARA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE BAJA.

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

- 1.- Obtención
- 2.- Elaboración
- 3.- Fabricación
- 4.- Preparación
- 5.- Conservación
- 6.- Mezclado
- 7.- Acondicionamiento
- 8.- Envasado
- 9.- Manipulación
- 10.- Transporte a temperatura ambiente
- 11.- Transporte a temperatura de refrigerador
- 12.- Distribución
- 13.- Almacenamiento a temperatura ambiente
- 14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelado
- 15.- Expendio o suministro al público

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 QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DECIR" LOS DATOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN		DICE	DEBE DECIR
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO	<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>		0388
R.F.C.	<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL)	<input type="checkbox"/>		
CLAVE SOLMA Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS	<input type="checkbox"/>		
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS)	<input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA	<input type="checkbox"/>		
HORARIO	<input type="checkbox"/>		

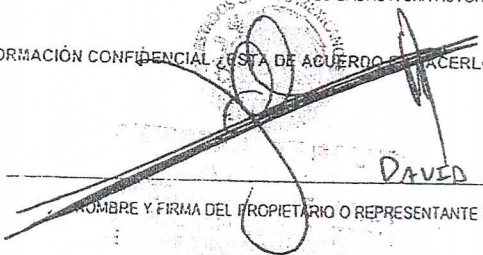
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES DE DÍA MES AÑO A DÍA MES AÑO
 REINICIO DE ACTIVIDADES FECHA DÍA MES AÑO
 BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

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 FALSIEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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


 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁRF; METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-386-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-933-5050 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 01-800-420-4724.

CATEGORÍA	PROCESO	GRUPO	SUBGRUPO			
Productos y Servicios	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 Néctares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas alertantes (con taurina, cafeína, gluconolactona, etc.)		
			Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas		
			Productos de perfumería y belleza	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 amoniaco		
			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 Saborizantes Antioxidantes Conservadores		
			Insumos para la Salud	Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución	Medicamentos	Medicamentos Alopáticos Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbolarios Medicamentos vitamínicos
					Dispositivos Médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Insumos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de curación Productos Higiénicos
Remedios Herbolarios						
Salud Ambiental	Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público	Plaguicidas	Origen químico Botánicos Microbianos Misceláneos			
		Sustancias Tóxicas	Nombre de la sustancia tóxica			
		Nutrientes Vegetales	Orgánicos Inorgánicos			
		Productos con límite de metales pesados	Cerámica vidriada Juguetes Artículos escolares Otros			

- 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
- 4 Preparación 8.- Envasado 12.- Distribución 15.- Expendio o suministro al público

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 QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DECIR" LOS DATOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN		DICE	DEBE DECIR
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO	<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>		0388
R.F.C.	<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL)	<input type="checkbox"/>		
CLAVE SOLMA Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS	<input type="checkbox"/>		
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCION PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS)	<input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA	<input type="checkbox"/>		
HORARIO	<input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES A

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 REINICIO DE ACTIVIDADES FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

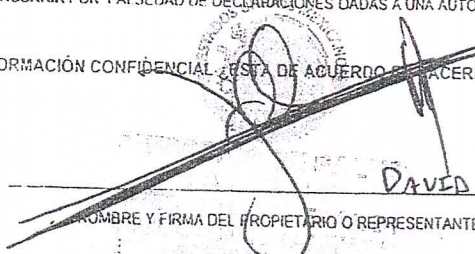
 BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

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

DECLARÓ 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 FALSIEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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


 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2900-2900 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01200-386-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. O CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-333-5050 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 01-800-429-4224.

Zapopan Jalisco. A 22 de Febrero de 2012.

ASUNTO: Citatorio

PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL: O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

GIRO: SALA DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

DOMICILIO: LUIS QUINTERO No. 750, COL. FEDERALISMO, ZAPOPAN, JALISCO

P R E S E N T E :

Con fundamento en lo establecido por los artículos 430, 432 y 433 de la Ley General de Salud, 259 de la Ley Estatal de Salud, se le *EXHORTA* para que *COMPAREZCA* en un plazo no menor a CINCO ni mayor a TREINTA DÍAS Naturales contados a partir de que surta efectos la presente notificación, en la Coordinación de Regulación Sanitaria de la Región Sanitaria X, con domicilio en Calzada de los Cipreses # 212 Ciudad Granja, Municipio de Zapopan Jalisco, con horario de 8:30 a 13:30 horas de lunes a viernes. Para que manifieste lo que a su derecho convenga y las medidas que se tomaran para subsanar las irregularidades reportadas en el acta de verificación Sanitaria # 319 de fecha 11 de Julio del 2011.


Apercibido que de no comparecer se le tomará como *REBELDÍA* de su parte en el presente asunto y se estará en aptitud de aplicar las Medidas de Seguridad y/o Sanciones Administrativas a que haya lugar.

ATENTAMENTE

Sufragio Efectivo. No reelección

Dr. Salvador García Uvence MSP
Director de la Región Sanitaria X CENTRO ZAPOPAN
Centro-Zapopan

ghg/tea



SERVICIOS DE SALUD
JALISCO
REGIÓN SANITARIA X
CENTRO ZAPOPAN
DIRECCION

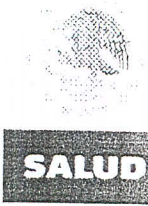
Dr. Salvador García Uvence Plata J. 2012
[Signature]

*29-02-2012
11:50.*

Notificación Activo Único
[Signature]

Por tu Salud Trabajamos Contigo

AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN



NO. R.U.P.A.

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUIA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

2303

1. SELECCIONE EL TIPO DE TRAMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO AVISO DE RESPONSABLE AVISO DE MODIFICACION Y ACTUALIZACION DE LOS DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AVISO DE MODIFICACION DE DATOS DE RESPONSABLE

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE INSUMOS PARA LA SALUD

FARMACIAS, BOTICAS Y DROGUERIAS (SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS) FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MEDICOS ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MEDICOS ALMACÉN DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS O DE MEDICAMENTOS HERBOLARIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA QUE NO REALIZAN ACTOS QUIRURGICOS E INSETECTICIDOS CONSULTORIOS COMERCIO AL POR MENOR DE ANTIDOTOS Y ACCESORIOS CLÍNICAS DENTALES LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS AMBULANCIAS (SI HABLA ESTA OPCIÓN DEBE REVISAR EL RECUADRO No. 2) SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMBIENTAL

ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR DE PLAGUICIDAS ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR SUSTANCIAS TOXICAS DE USO INDUSTRIAL ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
621511	LABORATORIOS MÉDICOS Y DE DIAGNÓSTICO DEL SECTOR PÚBLICO (SALA DE TOMA DE MUESTRAS)

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN**

REF. C: **SSM010830U83**

CURP: (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **COLON NO. 289**

COLONIA: **CENTRO**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **ZAPOPAN**

LOCALIDAD: **ZAPOPAN**

CÓDIGO POSTAL: **45100**

ENTIDAD FEDERATIVA: **JALISCO**

ENTRE CALLE: **CUITLÁHUAC**

Y CALLE: **ANÁHUAC**

TÉLEFONO: **36 33 09 29**

FAX:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **CRUZ VERDE FEDERALISMO**

REF. C:

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **C. LUIS QUINTERO # 750**

COLONIA: **QUINTA FEDERALISMO**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **ZAPOPAN**

LOCALIDAD: **ZAPOPAN**

CÓDIGO POSTAL: **45180**

ENTIDAD FEDERATIVA: **JALISCO**

ENTRE CALLE: **FEDERALISMO NORTE**

Y CALLE: **CLUB ORO**

TÉLEFONO: **33424751**

FAX:

HORARIO: **08:00 - 20:00**

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: **15 / 9 / 2010**

REPRESENTANTE LEGAL: **LIC. DAVID ANTONIO WONG AVILES**

CURP: (DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO: **dwong@ssmz.com.mx**

PERSONA AUTORIZADA: **PASCUAL MALDONADO MORENO**

CURP: (DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO: **intrex_00@hotmail.com**

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO POR DUPLICADO

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CIUDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADO
MARCA			
MODELO			
No DE PLACAS			
No DE MOTOR			

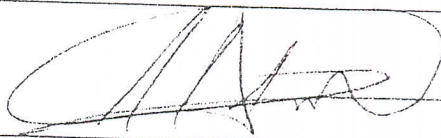
ALTA MODIFICACION BAJA

NOMBRE COMPLETO: **PASCUAL MALDONADO MORENO** RFC: **MAMP830511CF2**

CURP: **MAMP830511HVZLRS07** (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO: **intrex_00@hotmail.com** HORARIO:

D	I	X	M	X	M	X	I	X	V	X	S
DE 14:00 A 20:00											
D	I	M	M	I	V	S	DE				

TÍTULO PROFESIONAL DE: **LIC. QUÍMICO FARMACO - BIÓLOGO** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA** No DE CÉDULA PROFESIONAL: **6270629**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO: 

EN LA ÚLTIMA MODIFICACION DEL RESPONSABLE SANITARIO INDICAR EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL RFC ANTERIOR:

NOMBRE ANTERIOR		RFC ANTERIOR	

PRODUCTO O SERVICIO: **SERVICIO DE SALUD** (NUEVO A MODIFICAR)

LABORATORIO MÉDICO

ANÁLISIS CLÍNICO

DENOMINACION GENERICA Y ESPECIFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO:

MARCA COMERCIAL:

SI MAQUILA ESTE PRODUCTO SEÑALE EL RFC Y RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA:

RFC	RAZON SOCIAL

SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO SEÑALE EL RFC Y RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA:

RFC	RAZON SOCIAL

PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO:

NACIONAL	<input type="checkbox"/>	IMPORTADO	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	--------------------------

PROCESO:

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

NOTA: LLENAR EL RECUADRO POR CADA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE ALTA O POR 1 PRODUCTO QUE DESEE MODIFICAR UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA ANOTAR EL PRIMER PRODUCTO O SERVICIO A REGISTRAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO. PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

- 1 - Obtención
- 2 - Elaboración
- 3 - Fabricación
- 4 - Preparación
- 5 - Conservación
- 6 - Mezclado
- 7 - Acondicionamiento
- 8 - Envasado
- 9 - Manipulación
- 10 - Transporte a temperatura ambiente
- 11 - Transporte a temperatura de refrigerador
- 12 - Distribución
- 13 - Almacenamiento a temperatura ambiente
- 14 - Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelado
- 15 - Expendio o suministro al público

TIPO DE MODIFICACION	DICE	DEBE DE DECIR
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
RFC <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>		
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/> <small>(SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS)</small>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> DE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;">DIA</td><td style="width: 30px; height: 20px;">MES</td><td style="width: 30px; height: 20px;">AÑO</td></tr> </table> A <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;">DIA</td><td style="width: 30px; height: 20px;">MES</td><td style="width: 30px; height: 20px;">AÑO</td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> FECHA <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;">DIA</td><td style="width: 30px; height: 20px;">MES</td><td style="width: 30px; height: 20px;">AÑO</td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>
DIA	MES	AÑO									
DIA	MES	AÑO									
DIA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL NÚMERO DE CAMPOS O ANEXAR HOJA CON MODIFICACIONES

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

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 FALSIEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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

~~_____~~
LIC. DAVID ANTONIO WONG AVILES
NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-346-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS 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.



0388



CARIPA

ANTE DE LLENAR ESTE FORMATO CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUIA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS
 EN UN FONTE DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA O COMPUTADORA

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 DE RESPONSABLE SANITARIO

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

ALMACEN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
 FABRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACEN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 FABRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 ALMACEN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS

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

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA GENERAL, OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
 SERVICIO DE ATENCIÓN DE ASISTENCIA Y ARTES TERAPIAS
 SERVICIO DE MAQUINARIA
 SERVICIO DE ASISTENCIA SOCIAL

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

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR DE PLAGUICIDAS
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL
 PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES

Trámite Gratuito
 CLINICA DENTAL
 AMBULANCIA
 (SI MARCA ESTA OPCION FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCION DEL S.C.I.A.N.
621511	Laboratorios Médicos y de Diagnóstico del Sector Público (Sala de Toma de Muestras)

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

R.F.C. SSM010830083
 C.U.B.P. (DATO OPCIONAL)
 D.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan
 Colón #289
 Zapopan
 Jalisco
 Calle Anáhuac
 Delegación o Municipio: Zapopan
 Entidad Federativa: Jalisco
 Teléfono: 36330929
 Fax:

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Denominación del Establecimiento: Cruz Verde Federalismo
 R.F.C. SSM010830083
 Calle: C. Luis Quintero #750
 Delegación o Municipio: Zapopan
 Entidad Federativa: Jalisco
 Calle: Club Oro
 Teléfono: 33424751
 Fax:

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	15	09	2010
	DIA	MES	AÑO

Lic. David Antonio Wong Aviles
 Correo Electrónico: dwong@SaludZapopan.gob.mx
 Pascual Maldonado Moreno
 Correo Electrónico: intrex_00@hotmail.com

4 DATOS DE LA AMBULANCIA:

AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:
EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA
 MODIFICACION
 BAJA

R.F.C. _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____
 NOMBRE DEL EMPLEADO: _____
 HORARIO: D L M M J V S DE _____
 D L M M J V S DE _____

No. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 No. DE CEDULA DE LA ESPECIALIDAD: _____

EN CASO DE CAMBIO DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C. **0388**
 NOMBRE DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR: _____
 R.F.C. _____

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:
APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL

PRODUCTO O SERVICIO: NUEVO A MODIFICAR BAJA

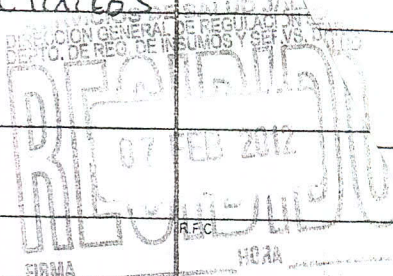
PRODUCTO O SERVICIO: NU YA MODIFICADO BAJA

CATEGORIA: Servicio de Salud
 GRUPO: Laboratorio Médico
 SUBGRUPO: Análisis Clínicos

R.F.C. _____
 RAZÓN SOCIAL: _____
 R.F.C. _____
 RAZÓN SOCIAL: _____

NACIONAL IMPORTADO

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



NOTA: Este formulario debe llenarse para cada 2 productos que desee dar de baja o para 1 producto que desee modificar, utilizando el primer recuadro para anotar los datos del producto a modificar y el segundo recuadro para el producto o servicio ya modificado o para 2 productos que desee dar de baja.

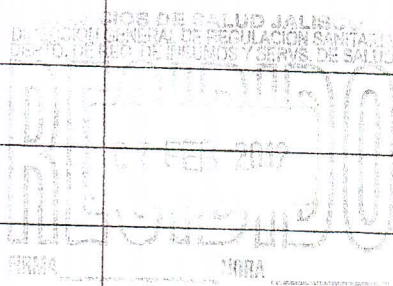
PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

- 1.- Obtención
- 2.- Elaboración
- 3.- Fabricación
- 4.- Preparación
- 5.- Conservación
- 6.- Mezclado
- 7.- Acondicionamiento
- 8.- Envasado
- 9.- Manipulación
- 10.- Transporte a temperatura ambiente
- 11.- Transporte a temperatura de refrigerador
- 12.- Distribución
- 13.- Almacenamiento a temperatura ambiente
- 14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelado
- 15.- Expendio o suministro al público

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 QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DECIR" LOS DATOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DECIR
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		0388
R.F.C. <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
CLAVE SOCIAL Y/O DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS) <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		



SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES A

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 REINICIO DE ACTIVIDADES FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

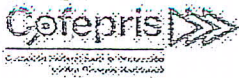
LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGÚRESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS

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 FALSIEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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

(Firma)
 DAVID ANTONIO WONG AÍLES
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01200-386-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. O CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-933-5050 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.



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

AUTORIZACIONES, CERTIFICADOS Y VISITAS

No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)

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 A COMPUTADORA.

1 SOLICITUD DE:					
LICENCIA	ALTA O NUEVO	MODIFICACIÓN	PRÓRROGA	OTROS	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PERMISO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PERMISO DE IMPORTACIÓN O EXPORTACIÓN	<input type="checkbox"/>	1a VEZ <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1671	
REGISTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REVOCACIÓN <input type="checkbox"/>
AUTORIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÓLO PARA PROTOCOLOS <input type="checkbox"/>	SÓLO PARA TERCERO AUTORIZADO <input type="checkbox"/>	
CERTIFICADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VISITA DE VERIFICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HOMOCLAVE DEL TRÁMITE:	NOMBRE DEL TRÁMITE: Solicitud de expedición de licencia sanitaria				
COFEPRIS -05-011	de establecimiento de insumos para la salud				
MODALIDAD DEL TRÁMITE:					

2 MODIFICACIÓN DE: (sólo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1)	
NÚMERO DE DOCUMENTO A MODIFICAR:	
DICE / CONDICIÓN AUTORIZADA	DEBE DECIR / CONDICIÓN SOLICITADA
	77 MAY 2011

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL CAMPO.

3 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
Servicios de salud Del Municipio de zapopan		SSM 010830 U83	
		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Colon No. 289	Centro	Zapopan	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	41511010	Zapopan	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Ramon Corona	Aldama	36330929	

4 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
Cruz verde Zapopan Unidad Federalismo		SSM 010830 U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Luis Quintero No.750	Quinta Federalismo	zapopan	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	415118b	Jalisco	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Prolog Federalismo Nta		33424743	
No. DE LICENCIA SANITARIA O ÍNDICE SI PRESENTE AVISO DE FUNCIONAMIENTO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO	
Aviso de Funcionamiento			
CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN		
464111	Farmacia sin minisuper con venta de medicamentos controlados, biologicos y/o Hemoderivados		

DATOS DE CON QUIEN EFECTUA LA OPERACIÓN:

8 PARA REGISTRO (MAQUILA):

NOMBRE DEL MAQUILADOR NACIONAL O EXTRANJERO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C. (a)
CALLE Y NÚMERO	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
ETAPA DEL PROCESO DE FABRICACIÓN		Nº. DE LICENCIA SANITARIA O AVISO DE FUNCIONAMIENTO
NOMBRE DEL RESPONSABLE SANITARIO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO
TELÉFONO Y FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

8 FABRICACIÓN, DISTRIBUCIÓN O ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS IMPORTADOS O NACIONALES:

NOMBRE DEL FABRICANTE EN EL EXTRANJERO PARA PRODUCTOS DE IMPORTACIÓN (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	LOCALIDAD O EQUIVALENTE
PAÍS	CÓDIGO POSTAL	ESTADO
NOMBRE DEL PROVEEDOR O DISTRIBUIDOR (PARA INSUMOS PARA LA SALUD)		R.F.C. (a)
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL (a)	ENTIDAD FEDERATIVA (a)
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE ACONDICIONARÁ O ALMACENARÁ LOS INSUMOS PARA LA SALUD (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C. (a)
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA (a)

NOTA: EN CASO DE SER MÁS DE UN FABRICANTE O DISTRIBUIDOR, REPRODUCIR EL APARTADO 8 B) EN UNA HOJA ANEXA, CUANTAS VECES SEA NECESARIO.

8 IMPORTACIÓN / EXPORTACIÓN / REGISTRO:

RÉGIMEN DE IMPORTACIÓN (SÓLO PARA IMPORTACIÓN)	TEMPORAL <input type="checkbox"/>	DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	DEPÓSITO FISCAL <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL FABRICANTE		R.F.C. (a)	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)	
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS	
NOMBRE DEL PROVEEDOR O DISTRIBUIDOR		R.F.C. (a)	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)	
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS	
NOMBRE DEL DESTINATARIO (destino final)		R.F.C.	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)	
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS	
NOMBRE DEL FACTURADOR (b)		R.F.C.	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS	
PAÍS DE ORIGEN	PAÍS DE PROCEDENCIA		
PAÍS DE DESTINO	ADUANA DE ENTRADA O SALIDA (Especifique sólo una)		

(a) SOLO CUANDO EL ESTABLECIMIENTO SEA NACIONAL
 (b) SÓLO PARA INSUMOS PARA LA SALUD.

9 DATOS DE PUBLICIDAD:

MEDIO PUBLICITARIO _____

AGENCIA (Nombre o razón social) _____

DOMICILIO DE LA AGENCIA (CALLE, No Y LETRA, COLONIA, LOCALIDAD, C.P., TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO) _____

NÚMERO DE PRODUCTOS O TIPO DE SERVICIO _____ DURACIÓN O TAMAÑO _____

NOTA: SE DEBERÁ PRESENTAR UNA SOLICITUD POR CADA PROYECTO Y MEDIO PUBLICITARIO

1 AUTORIZACIÓN DE TERCEROS:

NUEVO PRÓRROGA

A) LABORATORIO DE PRUEBA

ANÁLISIS DE ALIMENTOS, BEBIDAS Y SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y PRODUCTOS DE PERFUMERIA Y BELLEZA

ANÁLISIS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

ANÁLISIS DE PLAGUICIDAS, FERTILIZANTES Y NUTRIENTES VEGETALES

OTRO (ESPECIFIQUE) _____

B) PRUEBAS DE INTERCAMBIABILIDAD PARA MEDICAMENTOS GENÉRICOS INTERCAMBIABLES

UNIDAD CLÍNICA PARA REALIZAR ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD Y/O BIOEQUIVALENCIA

UNIDAD ANALÍTICA PARA REALIZAR ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD Y/O BIOEQUIVALENCIA

UNIDAD ANALÍTICA PARA ESTUDIOS DE PERFILES DE DISOLUCIÓN

C) UNIDADES DE VERIFICACIÓN

VERIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS OTRO

MUESTREO (ESPECIFIQUE) _____

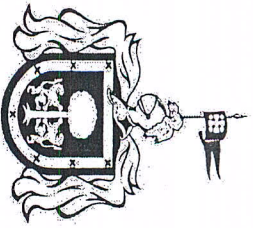
DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD. Y ACEPTO QUE LA NOTIFICACIÓN DE ESTE TRÁMITE SE REALICE A TRAVÉS DEL CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS U OFICINAS EN LOS ESTADOS CORRESPONDIENTES AL SISTEMA FEDERAL SANITARIO. (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, ¿ESTÁ DE ACUERDO EN HACERLOS PUBLICOS? SI NO

DR. JOSE GUADALUPE PLATA VAZQUEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
 O RESPONSABLE SANITARIO

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-112-0584 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS 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.

REGULACION SANITARIA
 DEPTA. DE REGULACION DE MEDICAMENTOS
 Y SERVICIOS DE SALUD



**GOBIERNO
DE JALISCO
PODER EJECUTIVO**

SECRETARÍA DE SALUD

El Gobierno del Estado de Jalisco

a través de la

Secretaría de Salud Jalisco

otorga la presente

Constancia

A: PLATA VAZQUEZ JOSE GUADALUPE

Por su participación como: Asistente

En: El Curso de Operadores de Farmacia, con duración de 10 hrs.

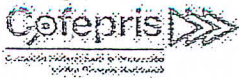
Guadalajara, Jalisco, 07 de Julio del 2011



SERVICIOS DE SALUD
JALISCO

DR. JUAN CARLOS CIVARES GÁLVEZ, Jefe del Departamento de Regulación de Insumos y Servicios de Salud
DIRECTOR GENERAL DE REGULACIÓN SANITARIA
DR. ERNESTO CISNEROS MADRID, Jefe del Departamento de Regulación de Insumos y Servicios de Salud

No. 406



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

AUTORIZACIONES, CERTIFICADOS Y VISITAS

No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)

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 A COMPUTADORA.

1 SOLICITUD DE:					
LICENCIA	ALTA O NUEVO	MODIFICACIÓN	PRÓRROGA	OTROS	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PERMISO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PERMISO DE IMPORTACIÓN O EXPORTACIÓN	<input type="checkbox"/>	1a VEZ <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1671	
REGISTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REVOCACIÓN <input type="checkbox"/>
AUTORIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÓLO PARA PROTOCOLOS <input type="checkbox"/>	SÓLO PARA TERCERO AUTORIZADO <input type="checkbox"/>	
CERTIFICADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VISITA DE VERIFICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HOMOCLAVE DEL TRÁMITE:	NOMBRE DEL TRÁMITE: Solicitud de expedición de licencia sanitaria				
COFEPRIS -05-011	de establecimiento de insumos para la salud				
MODALIDAD DEL TRÁMITE:					

2 MODIFICACIÓN DE: (sólo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1)	
NÚMERO DE DOCUMENTO A MODIFICAR:	
DICE / CONDICIÓN AUTORIZADA	DEBE DECIR / CONDICIÓN SOLICITADA
	77 MAY 2011

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL CAMPO.

3 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
Servicios de salud Del Municipio de zapopan		SSM 010830 U83	
		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Colon No. 289	Centro	Zapopan	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	41511010	Zapopan	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Ramon Corona	Aldama	36330929	

4 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
Cruz verde Zapopan Unidad Federalismo		SSM 010830 U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Luis Quintero No.750	Quinta Federalismo	zapopan	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	415118b	Jalisco	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Prolog Federalismo Nta		33424743	
No. DE LICENCIA SANITARIA O ÍNDICE SI PRESENTE AVISO DE FUNCIONAMIENTO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO	
Aviso de Funcionamiento			
CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN		
464111	Farmacia sin minisuper con venta de medicamentos controlados, biologicos y/o Hemoderivados		

DATOS DE CON QUIEN EFECTUA LA OPERACIÓN:

8 PARA REGISTRO (MAQUILA):

NOMBRE DEL MAQUILADOR NACIONAL O EXTRANJERO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C. (a)
CALLE Y NÚMERO	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
ETAPA DEL PROCESO DE FABRICACIÓN		Nº. DE LICENCIA SANITARIA O AVISO DE FUNCIONAMIENTO
NOMBRE DEL RESPONSABLE SANITARIO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO
TELÉFONO Y FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

8 FABRICACIÓN, DISTRIBUCIÓN O ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS IMPORTADOS O NACIONALES:

NOMBRE DEL FABRICANTE EN EL EXTRANJERO PARA PRODUCTOS DE IMPORTACIÓN (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	LOCALIDAD O EQUIVALENTE
PAÍS	CÓDIGO POSTAL	ESTADO
NOMBRE DEL PROVEEDOR O DISTRIBUIDOR (PARA INSUMOS PARA LA SALUD)		R.F.C. (a)
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL (a)	ENTIDAD FEDERATIVA (a)
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE ACONDICIONARÁ O ALMACENARÁ LOS INSUMOS PARA LA SALUD (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C. (a)
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA (a)

NOTA: EN CASO DE SER MÁS DE UN FABRICANTE O DISTRIBUIDOR, REPRODUCIR EL APARTADO 8 B) EN UNA HOJA ANEXA, CUANTAS VECES SEA NECESARIO.

8 IMPORTACIÓN / EXPORTACIÓN / REGISTRO:

RÉGIMEN DE IMPORTACIÓN (SÓLO PARA IMPORTACIÓN)	TEMPORAL <input type="checkbox"/>	DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	DEPÓSITO FISCAL <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL FABRICANTE		R.F.C. (a)	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)	
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS	
NOMBRE DEL PROVEEDOR O DISTRIBUIDOR		R.F.C. (a)	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)	
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS	
NOMBRE DEL DESTINATARIO (destino final)		R.F.C.	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)	
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS	
NOMBRE DEL FACTURADOR (b)		R.F.C.	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA O EQUIVALENTE	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LOCALIDAD O EQUIVALENTE	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS	
PAÍS DE ORIGEN	PAÍS DE PROCEDENCIA		
PAÍS DE DESTINO	ADUANA DE ENTRADA O SALIDA (Especifique sólo una)		

(a) SOLO CUANDO EL ESTABLECIMIENTO SEA NACIONAL

(b) SÓLO PARA INSUMOS PARA LA SALUD.

0 DATOS DE PUBLICIDAD:

MEDIO PUBLICITARIO _____

AGENCIA (Nombre o razón social) _____

DOMICILIO DE LA AGENCIA (CALLE, No Y LETRA, COLONIA, LOCALIDAD, C.P., TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO) _____

NÚMERO DE PRODUCTOS O TIPO DE SERVICIO _____ DURACIÓN O TAMAÑO _____

NOTA: SE DEBERÁ PRESENTAR UNA SOLICITUD POR CADA PROYECTO Y MEDIO PUBLICITARIO

1 AUTORIZACIÓN DE TERCEROS:

NUEVO PRÓRROGA

A) LABORATORIO DE PRUEBA

ANÁLISIS DE ALIMENTOS, BEBIDAS Y SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y PRODUCTOS DE PERFUMERIA Y BELLEZA

ANÁLISIS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

ANÁLISIS DE PLAGUICIDAS, FERTILIZANTES Y NUTRIENTES VEGETALES

OTRO (ESPECIFIQUE) _____

B) PRUEBAS DE INTERCAMBIABILIDAD PARA MEDICAMENTOS GENÉRICOS INTERCAMBIABLES

UNIDAD CLÍNICA PARA REALIZAR ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD Y/O BIOEQUIVALENCIA

UNIDAD ANALÍTICA PARA REALIZAR ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD Y/O BIOEQUIVALENCIA

UNIDAD ANALÍTICA PARA ESTUDIOS DE PERFILES DE DISOLUCIÓN

C) UNIDADES DE VERIFICACIÓN

VERIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS OTRO

MUESTREO (ESPECIFIQUE) _____

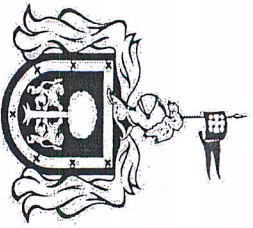
DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD. Y ACEPTO QUE LA NOTIFICACIÓN DE ESTE TRÁMITE SE REALICE A TRAVÉS DEL CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS U OFICINAS EN LOS ESTADOS CORRESPONDIENTES AL SISTEMA FEDERAL SANITARIO. (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, ¿ESTÁ DE ACUERDO EN HACERLOS PUBLICOS? SI NO

DR. JOSE GUADALUPE PLATA VAZQUEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
 O RESPONSABLE SANITARIO

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-112-0584 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS 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.

REGULACION SANITARIA
 DEPTA. DE REGULACION DE MEDICAMENTOS
 Y SERVICIOS DE SALUD



**GOBIERNO
DE JALISCO
PODER EJECUTIVO**

SECRETARÍA DE SALUD

El Gobierno del Estado de Jalisco

a través de la

Secretaría de Salud Jalisco

otorga la presente

Constancia

A: PLATA VAZQUEZ JOSE GUADALUPE

Por su participación como: Asistente

En: El Curso de Operadores de Farmacia, con duración de 10 hrs.

Guadalajara, Jalisco, 07 de Julio del 2011



SERVICIOS DE SALUD
JALISCO

DR. JUAN CARLOS CIVARES GÁLVEZ, Jefe del Departamento de Regulación de Insumos y Servicios de Salud
DIRECTOR GENERAL DE REGULACIÓN SANITARIA
DR. ERNESTO CISNEROS MADRID, Jefe del Departamento de Regulación de Insumos y Servicios de Salud

No. 406