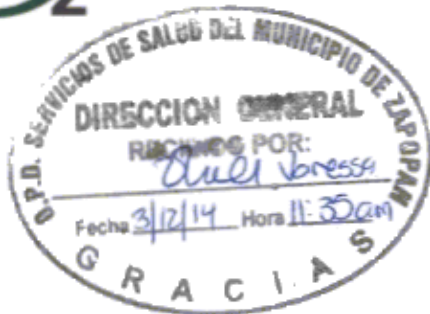




O.P.D. "SSMZ"
DIRECCIÓN MÉDICA
DMOPD 291/12/2014.

Asunto: En seguimiento al oficio
JUR/619/2014.



Zapopan, Jalisco a 03 de Diciembre 2014.

Lic. Luis Carlos Camarena Bravo
Titular de la Unidad de Transparencia O.P.D. SSMZ
Presente:

Con el presente reciba un cordial saludo, en el seguimiento al oficio JUR/619/2014, le informo que efectivamente faltaba realizar la actualización correspondiente en la pagina de Transparencia de este Organismo O.P.D. SSMZ, a lo que anexo le envío en físico y en forma electrónica la información que corresponde actualizar en el apartado V en el inciso T, por lo cual le solicito de la manera mas atenta se realice su intervención para que se proceda dicha actualización.

Sin más asunto por el momento quedo de Usted a sus órdenes.

Atentamente
"Zapopan Tierra de Amistad Trabajo y Respeto".

Dr. J Jesús Velarde Guzmán
Director Médico
O.P.D. "SSMZ"



HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Colón No. 289, Cabecera
Municipal Zapopan, Jal.
México.
Tels: 3633 0929, 3633 0352

c.p.Dr. Sergio Quintero Hernández... Director General
c.p. Archivo
JJVG/sbc"

CRUZ VERDE NORTE
(La Curva)
Av. Santa Lucía s/n.
Col. Tepeyac
Tels: 3818 2200
ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
(Las Agullas)
Cruz del Sur No.3535
Tels: 3134 4800, ext. 3953.
3631 9471



NO. RUPA

001863

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 HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input checked="" type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	<input type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CLÍNICA DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL REGISTRO No. 4)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR DE PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	<input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS <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.
621511	LABORATORIOS MÉDICOS Y DE DIAGNÓSTICO DEL SECTOR PÚBLICO

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN		SSMO1083OU83	
		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
COLÓN # 289	CENTRO HISTÓRICO	ZAPOPAN	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
ZAPOPAN	4 5 1 0 0	JALISCO	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
CUITLÁHUAC	ANÁHUAC	36 33 09 29	

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																																				
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.																																		
CRUZ VERDE SUR		SSMO1083OU83																																		
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO																																		
C. CRUZ del SUR # 3535	LAS ÁGUILAS	ZAPOPAN																																		
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA																																		
ZAPOPAN	4 5 0 8 0	JALISCO																																		
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX																																	
AV. LÓPEZ MATEOS	VIRGEN	38 18 22 00 EXT 3960																																		
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA	MES																																	
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>X</td><td>L</td><td>X</td><td>M</td><td>X</td><td>M</td><td>X</td><td>J</td><td>X</td><td>V</td><td>X</td><td>S</td><td>X</td><td>DE</td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>L</td><td></td><td>M</td><td></td><td>M</td><td></td><td>J</td><td></td><td>V</td><td></td><td>S</td><td></td><td>DE</td> </tr> </table>	D	X	L	X	M	X	M	X	J	X	V	X	S	X	DE	D		L		M		M		J		V		S		DE	07:00	A	21:00	29	1	2013
D	X	L	X	M	X	M	X	J	X	V	X	S	X	DE																						
D		L		M		M		J		V		S		DE																						
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO																																
DR. QUINTERO HERNÁNDEZ SERGIO				quintero@saludzapopan.gob.n																																
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO																																
PASCUAL MALDONADO MORENO				intrex_00@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 checked="" type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>
NOMBRE COMPLETO PASCUAL MALDONADO MORENO		R.F.C. MAMP830511CF2
C.U.R.P. MAMP830511HVZLRS07	(DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO intrex_00@hotmail.com	HORARIO: D L X M X M X J X V X S DE 09:00 A 14:00
CON TÍTULO PROFESIONAL DE: LIC. QUÍMICO FARMACO - BIÓLOGO	TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA	No. DE CÉDULA PROFESIONAL 6270629
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 Q.F.B. GRACIELA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ		R.F.C. GORG610803NNA8

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

SOLO REQUISITAR ESTE RENGLÓN EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input type="radio"/>	A MODIFICAR <input checked="" 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 SERVICIO DE SALUD			CATEGORÍA						
	GRUPO LABORATORIO MÉDICO			GRUPO						
	SUBGRUPO ANÁLISIS CLÍNICOS			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 R.F.C. 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) PROCESO: MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

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.- 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"/>		05 FEB 2013
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> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	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. 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 FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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

SI NO

DR. QUINTERO HERNÁNDEZ SERGIO

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 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 TRÁMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.

TABLA "B" CATEGORIA DEL PRODUCTOS

CATEGORIA	PROCESO	GRUPO	SUBGRUPO
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a Temperatura Ambiente Transporte a Temperatura de Refrigeración Distribución Expendio o Suministro al Público Almacenamiento a Temperatura Ambiente Almacenamiento a Temperatura de Refrigeración y/o Congelado	Alimentos	Cárnicos Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Rastreros y obradores Productos de la pesca frescos y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harina y cereales Azúcar y productos de confitería Tés 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
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Micropigmentaciones Perforaciones
Insumos para la Salud	Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución	Medicamentos	Medicamentos Alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según tipo de suministro o venta al público) Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbolarios Medicamentos vitamínicos
	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público	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



iso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Ba

NO. RIFA:

42132

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.
LLENAR COMPLETA DE MODO LEGIBLE O A MÁQUINA O COMPUTADOR.

1. SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODIFICACIÓN

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 ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

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

FÁBRICA HOMEOPÁTICA
 FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 FÁBRICA ALQUÍMICA
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
 BOTICA
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 DROGUERIA
 SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS

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
 COMERCIO AL POR MENOR DE ANTECIOS Y ACCESORIOS
 CONSULTORIO DENTAL
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
 AMBULATORIO (SI AMAR ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUERIR EL RECLAMO No. 4)
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

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

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLÁSTICOS
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES TÓXICOS O DE USO INDUSTRIAL
 PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS

05 SET. 2013

IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS

CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN
6223 12	Hospitales del Sector Público de otras Especialidades Médicas

2. DATOS DEL PROPIETARIO

FORMA DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O ACCIÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): ACCIÓN SOCIAL

R/C: Ssm108301183

CLAVE (DATO OPCIONAL):

Nombre Establecimiento y Gobierno o Entidad Interiores: **Servicios de Salud del Municipio de Zapapan**

Colonia: **Centro Zapapan** Delegación o Municipio: **Zapapan**

Código Postal: **4151100** Estado: **Jalisco**

Calle: **Anahimac** Calle: **Cuillabrac** Teléfono: **36330929** Fax: **36332593**

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Acción Social o Designación del Establecimiento: **Hospital General de Zapapan** R/C: **Ssm108301183**

Nombre Establecimiento y Gobierno o Entidad Interiores: **Hospital General de Zapapan**


Colonia: **Centro Zapapan** Delegación o Municipio: **Zapapan**

Código Postal: **4151100** Estado: **Jalisco**

Calle: **Anahimac** Calle: **Cuillabrac** Teléfono: **36330929** Fax: **36332593**

Horario	7:00	20:00	9	9	13
Representante Legal	Sergio Anatera Hernandez		Correo Electrónico: sanatera@saludzapapan.gob.mx		
Persona Autorizada	Jorge Alberto Perez Gomez		REGULACIÓN SANITARIA		
Persona Autorizada	Jorge Alberto Perez Gomez		REGIÓN SANITARIA		
			Correo Electrónico: aperez@SaludZapapan		

4 DATOS DE LA AMBULANCIA			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CURACIÓN INTERVENCIONES	AMBULANCIA DE ATENCIÓN	AMBULANCIA DE TRASLADO
SEÑAL			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO		EXERCICIO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS	
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO Jorge Alberto Pérez Gómez		R.F.C. PEGJ681016PV9	
C.U.R.P. JAPGAL780815MABP-07-20	DORSAL ELECTRÓNICO	NÚMERO	
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y patólogo Universidad de Guadaluajara		Nº DE CÉDULA PROFESIONAL 1951898	
ESPECIALIDAD DE Neonatólogo UN Chocoma Universidad de Alamosque		Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 4535436	
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 			
EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INCLUIR EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR EN EL R.F.C.			
NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR Francisco Heza Peña		R.F.C. MEDE55110P03	

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR																																
ADICIONALES A LA DECLARACIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SANITARIOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL																																
SÓLO REQUISITAR ESTE RECUADRO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO	PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="checkbox"/> A MODIFICAR <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>	PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>																														
1) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA "A"	CATEGORÍA Servicios de Salud Servicios de Promoción Social	CATEGORÍA																														
2) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																																
3) MARCA COMERCIAL																																
4) SI MARCA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MARCA	R.F.C. REGULACIÓN SANITARIA	R.F.C.																														
5) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C. REGIÓN SANITARIA X	R.F.C.																														
6) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>																														
7) PROCESO: Señale con una X cada uno de los procesos que se relacionan con el producto de conformidad a la tabla "B"	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td></tr> <tr><td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td></tr> </table>	1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	3	6	9	12	15	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td></tr> <tr><td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td></tr> </table>	1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	3	6	9	12	15
1	4	7	10	13																												
2	5	8	11	14																												
3	6	9	12	15																												
1	4	7	10	13																												
2	5	8	11	14																												
3	6	9	12	15																												

NOTA: LLENAR EL RECUADRO POR CADA PRODUCTO QUE DEBE DAR DE ALTA O POR PRODUCTO QUE DEBE MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA PRODUCTOS QUE DEBE DAR DE ALTA O PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO O PARA PRODUCTOS QUE DEBE 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.- 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 DEBE REALIZAR. EN SEGUIDA 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"/>	05 SET. 2013	
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS) <input type="checkbox"/>	FIRMA	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		

DE SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES REINICIO DE ACTIVIDADES BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

DE DÍA MES AÑO A DÍA MES AÑO FECHA DÍA MES AÑO

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PUEDE AMPLIAR LOS CAMPOS

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 FALTA DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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

SI NO

Jorge Alberto Pérez Gomez
 REGULATORIA SANITARIA
 REGIÓN SANITARIA 9

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 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



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

003487

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

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO	<input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DROGUERÍA	SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="radio"/> FABRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> FABRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013 <i>[Handwritten Signature]</i> 11:00	<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECLADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL		<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Publico.		

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

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

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

NO. RUPA

001862

SAUD

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 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

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA | } SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS | <input type="radio"/> FABRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS | <input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS |
| <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA | | <input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS | |
| <input type="radio"/> BOTICA | | <input type="radio"/> FABRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS | |
| <input type="radio"/> DROGUERIA | | | |

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

- | | |
|---|---|
| <input 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 ANTEJOS Y ACCESORIOS | <input type="radio"/> CLÍNICA DENTAL |
| <input checked="" type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS | <input type="radio"/> AMBULANCIA 2013
(SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 2) |
| <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL | |

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

- | | |
|---|---|
| <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.)

621511

DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.

LABORATORIOS MÉDICOS Y DE DIAGNÓSTICO DEL SECTOR PÚBLICO

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)

O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

R.F.C.

SSMO1083OU83

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR

COLÓN # 289

COLONIA

CENTRO HISTÓRICO

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

ZAPOPAN

LOCALIDAD

ZAPOPAN

CODIGO POSTAL

4 5 1 0 0

ENTIDAD FEDERATIVA

JALISCO

ENTRE CALLE

CUITLAHUAC

Y CALLE

ANAHUAC

TELÉFONO

36 33 09 29

FAX

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

CRUZ VERDE SANTA LUCIA

R.F.C.

SSMO1083OU83

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR

AV. de la PRESA # 795

COLONIA

SANTA LUCIA

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

ZAPOPAN

LOCALIDAD

ZAPOPAN

CODIGO POSTAL

4 5 2 0 0

ENTIDAD FEDERATIVA

JALISCO

ENTRE CALLE

SANTA MÓNICA

Y CALLE

DEL RIO

TELÉFONO

36 24 83 23 EXT. 105

FAX

36 24 83 24 EXT. 105

HORARIO:

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

08:00

A

20:00

A

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES

29

1

MES

2013

AÑO

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

DR. QUINTERO HERNÁNDEZ SERGIO

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO

sqintero@saludzapopan.gob.mx

PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE

PASCUAL MALDONADO MORENO


C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO

intrex_00@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 checked="" type="checkbox"/>		MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>				BAJA <input type="checkbox"/>					
NOMBRE COMPLETO PASCUAL MALDONADO MORENO						R.F.C. MAMP830511CF2					
C.U.R.P. MAMP830511HVZLRS07		(DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO intrex_00@hotmail.com		HORARIO: D L X M X M X J X V X S DE 09:00 A 14:00		D L M M J V S DE A A					
CON TÍTULO PROFESIONAL DE: LIC. QUÍMICO FARMACO - BIÓLOGO				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA				No. DE CÉDULA PROFESIONAL 6270629			
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 Q.F.B. GRACIELA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ						R.F.C. GORG610803NNA8					

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL											
SOLO REQUISITAR ESTE RENGLÓN EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO				PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> A MODIFICAR <input checked="" type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>				PRODUCTO O SERVICIO 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 SERVICIO DE SALUD				CATEGORÍA			
				GRUPO LABORATORIO MÉDICO				GRUPO			
				SUBGRUPO ANÁLISIS CLÍNICOS				SUBGRUPO			
2) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO											
3) MARCA COMERCIAL 05 FEB 2013				R.F.C.				R.F.C.			
4) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA				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 REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA			
6) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO:				NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>			
7) PROCESO: MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"				1 4 7 10 13		1 4 7 10 13		1 4 7 10 13		1 4 7 10 13	
				2 5 8 11 14		2 5 8 11 14		2 5 8 11 14		2 5 8 11 14	
				3 6 9 12 15		3 6 9 12 15		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.- 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"/>		
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"/>		

15 FEB 2013

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 FALSEDADE DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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

DR. QUINTERO HERNÁNDEZ SERGIO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

[Handwritten signature and official stamp]

REGULACIÓN SANITARIA

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 01800-396-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA 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.

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS																		
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>				BAJA <input type="checkbox"/>												
NOMBRE COMPLETO Dra. Miriam Hedaly Dávalos Fernández						R.F.C. DARM630726NI2												
C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO miriamhdavalos@hotmail.com		HORARIO		D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	14:00
						D	L	M	M	J	V	S	DE					
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL 1343961										
ESPECIALIDAD DE Psiquiatría				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				Nº. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 5893747										
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO <i>22 Oct 2013</i>																		
EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR						R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR												

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL																			
NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.																			
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO																			
PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>						PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>													
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"																			
CATEGORÍA Servicios de Salud						CATEGORÍA													
GRUPO Consultorio						GRUPO													
SUBGRUPO Psiquiatría						SUBGRUPO													
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																			
4) MARCA COMERCIAL																			
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA																			
R.F.C.						R.F.C.													
RAZÓN SOCIAL						RAZÓN SOCIAL													
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA																			
R.F.C.						R.F.C.													
RAZÓN SOCIAL REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X						RAZÓN SOCIAL													
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO																			
NACIONAL <input type="checkbox"/>						IMPORTADO <input type="checkbox"/>													
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"																			
1		4		7		10		13		1		4		7		10		13	
2		5		8		11		14		2		5		8		11		14	
3		6		9		12		15		3		6		9		12		15	

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7 PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	22 OCT. 2013	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARÓ BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLÓ CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDADE DE DECLARACIONES HECHAS A LA AUTORIDAD

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DEBE SER PUBLICADA EN LOS PÚBLICOS? SI NO


Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez
 REGULA SANITARIA X
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROMOTOR O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003505

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="checkbox"/> BOTICA <input type="checkbox"/> DROGUERÍA	SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS
<input type="checkbox"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="checkbox"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="checkbox"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="checkbox"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTORIO <input type="checkbox"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="checkbox"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)
22 OCT. 2013 1:30	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIO AMBIENTAL <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="checkbox"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS	
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
621114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Publico.

2 DATOS DEL PROPIETARIO:	
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)	
Hospital General de Zapopan	
R.F.C. SSM010830U83	
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA
Colón No. 289	Centro
LOCALIDAD	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
Zapopan	Zapopan
CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
4 5 1 0 0	Jalisco
ENTRE CALLE	Y CALLE
Anahuac	Cuitlahuac
TELÉFONO	FAX
36-33-09-29	36-33-28-93
3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	
Hospital General de Zapopan	
R.F.C. SSM010830U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	
Colón No. 289-32	
COLONIA	
Centro	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Zapopan	
LOCALIDAD	
Zapopan	
CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
4 5 1 0 0	Jalisco
ENTRE CALLE	Y CALLE
Anahuac	Cuitlahuac
TELÉFONO	FAX
36-33-09-29	36-33-28-93
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES
DX LX MX JX VX SX DE 07:00 A 14:00 DX LX MX JX VX SX DE 15:00 A 21:00	9 9 2013 DÍA MES AÑO
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRMR06
CORREO ELECTRÓNICO	
aperez@saludzapopan.gob.mx	
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRMR06
CORREO ELECTRÓNICO	
aperez@saludzapopan.gob.mx	

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Fernando García Rabago** R.F.C.: **GARF6201038D0**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL): CORREO ELECTRÓNICO: **fer_ga_ra62@hotmail.com** HORARIO:

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

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **1133807**

ESPECIALIDAD DE: **Cirugía de Torax y Cardiovascular** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Direccion General de Profesiones** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **AESSA-25368**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  22 OCT. 2013

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

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

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

1) SOLI LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO					PRODUCTO O SERVICIO				
	NUEVO <input checked="" type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud					CATEGORÍA:				
	GRUPO: Consultorio					GRUPO:				
	SUBGRUPO: Angiología					SUBGRUPO:				
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.:					R.F.C.:				
	RAZÓN SOCIAL:					RAZÓN SOCIAL:				
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.:					R.F.C.:				
	RAZÓN SOCIAL: REGULACIÓN SANITARIA					RAZÓN SOCIAL:				
	RAZÓN SOCIAL: REGION SANITARIA X					RAZÓN SOCIAL:				
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:
EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Mario Alberto Arias Orozco** RFC: **A1OM650325PG7**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL): **A1OM650325HJCRRR00** CORREO ELECTRÓNICO: **maao@live.com.mx** HORARIO:

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

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **1712142**

ESPECIALIDAD DE: **Gastroenterología** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **3212877**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  **22 OCT. 2013**

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

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO				PRODUCTO O SERVICIO					
	NUEVO	A MODIFICAR	BAJA		NUEVO	YA MODIFICADO	BAJA			
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud				CATEGORÍA:					
	GRUPO: Consultorio				GRUPO:					
	SUBGRUPO: Gastroenterología				SUBGRUPO:					
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.:				R.F.C.:					
	RAZÓN SOCIAL:				RAZÓN SOCIAL:					
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.:				R.F.C.:					
	RAZÓN SOCIAL: REGULACIÓN SANITARIA				RAZÓN SOCIAL:					
	RAZÓN SOCIAL: REGIÓN SANITARIA X				RAZÓN SOCIAL:					
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					
8) PROCESO	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7

PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>	22 OCT, 2013	
CLAVE SOCIAL Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		


SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLES 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 DEFEAS A LA AUTORIDAD.

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


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

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.

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

003504

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL		<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL REGLADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE ALIMENTOS <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLACUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL		<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Público.		

2 DATOS DEL PROPIETARIO:									
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) Hospital General de Zapopan						R.F.C. SSM010830U83		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR Colón No. 289			COLONIA Centro			DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan			
LOCALIDAD Zapopan			CÓDIGO POSTAL 4 5 1 0 0		ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco				
ENTRÉ CALLE Anahuac		Y CALLE Cuitlahuac		TELÉFONO 36-33-09-29		FAX 36-33-28-93			
3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:									
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Hospital General de Zapopan						R.F.C. SSM010830U83			
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR Colón No. 289-26/27/28/29/30/31			COLONIA Centro			DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan			
LOCALIDAD Zapopan			CÓDIGO POSTAL 4 5 1 0 0		ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco				
ENTRÉ CALLE Anahuac		Y CALLE Cuitlahuac		TELÉFONO 36-33-09-29		FAX 36-33-28-93			
HORARIO:		D X L X M X M X J X V X S X DE		07:00 A 14:00		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		9 9 2013	
D X L X M X M X J X V X S X DE		15:00		REGULACION SANITARIA X		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO aperez@saludzapopan.gob.mx	
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO Dr. Jorge Alberto Perez Gomez			C.U.R.P. PEGJ681016HJCRMR06			CORREO ELECTRÓNICO aperez@saludzapopan.gob.mx			
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO Dr. Jorge Alberto Perez Gomez			C.U.R.P. PEGJ681016HJCRMR06			CORREO ELECTRÓNICO aperez@saludzapopan.gob.mx			

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS																		
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>			MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>						BAJA <input type="checkbox"/>									
NOMBRE COMPLETO Dr. Hugo Briseño Hanon						R.F.C. BIH570604												
C.U.R.P. BIH570604HJCRNG05		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO hugobh57@hotmail.com		HORARIO:		D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	14:00
								D	L	M	M	J	V	S	DE	15:00	A	21:00
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				Nº DE CÉDULA PROFESIONAL 743958										
ESPECIALIDAD DE Ginecología y Obstetricia				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Dirección General de Profesiones				Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 3354121										
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO <i>H. Briseño Hanon</i> 22 OCT. 2013																		
EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR						R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR												

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL													
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO				NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA, EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.									
				PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>				PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>					
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"				CATEGORÍA Servicios de Salud				CATEGORÍA					
				GRUPO Consultorio				GRUPO					
				SUBGRUPO Ginecologia				SUBGRUPO					
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO													
4) MARCA COMERCIAL													
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA				R.F.C.				R.F.C.					
				RAZÓN SOCIAL REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X				RAZÓN SOCIAL					
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA				R.F.C.				R.F.C.					
				RAZÓN SOCIAL				RAZÓN SOCIAL					
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO				NACIONAL <input type="checkbox"/>		IMPORTADO <input type="checkbox"/>		NACIONAL <input type="checkbox"/>		IMPORTADO <input type="checkbox"/>			
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"				1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
				2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
				3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7

PARA LA MODIFICACION O ACTUALIZACION DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACION (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACION	DICE	DEBE DE DECIR
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 DESCRIPCION DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES 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. ASEGURESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS.

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVAS APLICABLES 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 HECHAS A UNA AUTORIDAD.

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

SI NO

REGULACIÓN SANITARIA
 Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez
 REGIÓN SANTIAGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003501

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTIQUEJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013 	<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL		<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621112	Consultorios de medicina general del Sector Publico.		

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

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																													
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.																											
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83																											
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		DELEGACIÓN O MUNICIPIO																											
Colón No. 289-22/23		Zapopan																											
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL																											
Zapopan		4 5 1 0 0																											
ENTRE CALLE		ENTIDAD FEDERATIVA																											
Anahuac		Jalisco																											
Y CALLE		TELÉFONO																											
Cuitlahuac		36-33-09-29																											
		FAX																											
		36-33-28-93																											
HORARIO:		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES																											
<table border="1" style="font-size: 8px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D X</td><td>L X</td><td>M X</td><td>M X</td><td>J X</td><td>V X</td><td>S X</td><td>D E</td> <td>07:00</td><td>14:00</td> </tr> <tr> <td>D X</td><td>L X</td><td>M X</td><td>M X</td><td>J X</td><td>V X</td><td>S X</td><td>D E</td> <td>15:00</td><td>21:00</td> </tr> </table>		D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	07:00	14:00	D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	15:00	21:00	<table border="1" style="font-size: 8px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>9</td><td>9</td><td>2013</td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> </table>		9	9	2013	DÍA	MES	AÑO
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	07:00	14:00																				
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	15:00	21:00																				
9	9	2013																											
DÍA	MES	AÑO																											
RE-PRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO		CORREO ELECTRÓNICO (DATO OPCIONAL)																											
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		aperez@saludzapopan.gob.mx																											
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO		CORREO ELECTRÓNICO (DATO OPCIONAL)																											
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		aperez@saludzapopan.gob.mx																											

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dra. Maria del Carmen Flores Jaramillo** R.F.C.: **FOJC551126**

C.U.R.P.: **FOJC551126MJCLRR07** (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO: _____ HORARIO:

D	x	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	x	DE	08:00	A	14:00
D	x	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	x	DE	15:00	A	20:00

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CEDULA PROFESIONAL: **2031139**

ESPECIALIDAD DE: **Medicina Familiar** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Dirección General de Profesiones** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **3443579**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO: *[Firma]* **22 OCT. 2013**


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

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input checked="" type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud			CATEGORÍA: _____						
	GRUPO: Consultorio			GRUPO: _____						
	SUBGRUPO: Medicina General			SUBGRUPO: _____						
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO	_____			_____						
4) MARCA COMERCIAL	_____			_____						
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.: _____			R.F.C.: _____						
	RAZÓN SOCIAL: 			RAZÓN SOCIAL: _____						
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.: _____			R.F.C.: _____						
	RAZÓN SOCIAL: REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X			RAZÓN SOCIAL: _____						
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>						
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7

PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

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

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


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

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003500

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA AL OPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/> <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL <input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS	
22 OCT. 2013 MEX 1:20	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS	
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
621114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Publico.

2 DATOS DEL PROPIETARIO:	
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)	R.F.C.
Hospital General de Zapopan	SSM010830U83
	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA
Colón No. 289	Centro
LOCALIDAD	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
Zapopan	Zapopan
CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
4 5 1 0 0	Jalisco
ENTRE CALLE	Y CALLE
Anahuac	Cuitlahuac
TELÉFONO	FAX
36-33-09-29	36-33-28-93
3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	R.F.C.
Hospital General de Zapopan	SSM010830U83
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA
Colón No. 289-21	Centro
LOCALIDAD	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
Zapopan	Zapopan
CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
4 5 1 0 0	Jalisco
ENTRE CALLE	Y CALLE
Anahuac	Cuitlahuac
TELÉFONO	FAX
36-33-09-29	36-33-28-93
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES
D X L X M X J X V X S X DE 07:00 A 15:00	9 9 2013 DÍA MES AÑO
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRMRO6
	CORREO ELECTRÓNICO
	aperez@saludzapopan.gob.mx
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRMRO6
	CORREO ELECTRÓNICO
	aperez@saludzapopan.gob.mx

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS											
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>			MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>					BAJA <input type="checkbox"/>			
NOMBRE COMPLETO Dra. María Teresa de Jesús Morales Ortega						R.F.C. MOOT660512Q18					
C.U.R.P. MOOT660512MJCRRR07		(DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO drateresitamoraleso@yahoo.com.mx		HORARIO: D x L x M x M x J x V x S x DE 08:00 A 13:00 D x L x M x M x J x V x S x DE 15:00 A 20:00							
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero			TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara			No. DE CÉDULA PROFESIONAL 1951991					
ESPECIALIDAD DE Medicina Interna			TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Direccion General de Profesiones			No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 3191169					
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO  22 OCT. 2013											
EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR						R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR					

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL.													
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO				NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.									
				PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>				PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>					
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"				CATEGORÍA Servicios de Salud				CATEGORÍA					
				GRUPO Consultorio				GRUPO					
				SUBGRUPO Medicina Interna				SUBGRUPO					
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO													
4) MARCA COMERCIAL													
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA				R.F.C. 				R.F.C.					
				RAZÓN SOCIAL				RAZÓN SOCIAL					
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA				R.F.C. REGULACIÓN SANITARIA				R.F.C.					
				RAZÓN SOCIAL REGIÓN SANITARIA X				RAZÓN SOCIAL					
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO				NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"				1 4 7 10 13		1 4 7 10 13		2 5 8 11 14		2 5 8 11 14		3 6 9 12 15	
				2 5 8 11 14		3 6 9 12 15		3 6 9 12 15		3 6 9 12 15		3 6 9 12 15	

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7 PARA LA MODIFICACION O ACTUALIZACION DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACION (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>	22 OCT, 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRAMITES 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 FALSEDAD DE DECLARACIONES EN FAVOR DE UNA AUTORIDAD.

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

Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003499

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO	<input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTIGUOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013		<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="checkbox"/>		PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS <input type="checkbox"/>
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621114	Consultorios de medicina especializada del Sector Público.		


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


3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Colón No. 289-20	Centro	Zapopan	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	36-33-28-93
HORARIO:		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	
DX LX MX JX VX SX DE 07:00 A 14:00 15:00 A 20:00		9 9 2013 DÍA MES AÑO	
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRM06	CORREO ELECTRÓNICO	
		aperez@saludzapopan.gob.mx	
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRM06	CORREO ELECTRÓNICO	
		aperez@saludzapopan.gob.mx	

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

REGULACIÓN SANITARIA
REGION SANITARIA X

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS																
ALTA	<input checked="" type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	BAJA	<input type="checkbox"/>											
NOMBRE COMPLETO Dr. Agustín González Martínez						R.F.C. GOMA471205AG2										
C.U.R.P. GOMA471205HJCNRG03		CORREO ELECTRÓNICO agustineando1@hotmail.com		HORARIO		D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	14:00
				D	L	M	M	J	V	S	DE					
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				No. DE CÉDULA PROFESIONAL 315186								
ESPECIALIDAD DE Endocrinología				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Dirección General de Profesiones				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 3223572								
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 																
22 OCT. 2013																
EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR						R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR										

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL												
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO			NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.									
			PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>					PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"			CATEGORÍA Servicios de Salud					CATEGORÍA				
			GRUPO Consultorio					GRUPO				
			SUBGRUPO Endocrinología					SUBGRUPO				
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO												
4) MARCA COMERCIAL												
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA			R.F.C.					R.F.C.				
			RAZÓN SOCIAL REGULACIÓN SANITARIA					RAZÓN SOCIAL				
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA			R.F.C.					R.F.C.				
			RAZÓN SOCIAL REGIÓN SANITARIA X					RAZÓN SOCIAL				
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				
8) PROCESO			1 4 7 10 13					1 4 7 10 13				
MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"			2 5 8 11 14					2 5 8 11 14				
			3 6 9 12 15					3 6 9 12 15				

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7

PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. 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 FALSEDAD DE DECLARACIÓN EN FAVOR DE UNA AUTORIDAD.

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

SI NO


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

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003498

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEJOYS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTORIO <input type="checkbox"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="checkbox"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS	
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
621114	Consultorios de medicina especializada del Sector Público.

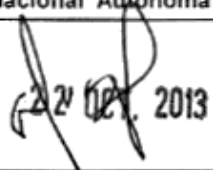
22 OCT, 2013


Handwritten signature and date

2 DATOS DEL PROPIETARIO:	
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MÓRAL)	
Hospital General de Zapopan	
R.F.C. SSM010830U83	
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA
Colón No. 289	Centro
LOCALIDAD	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
Zapopan	Zapopan
CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
4 5 1 0 0	Jalisco
ENTRE CALLE	Y CALLE
Anahuac	Cuitlahuac
TELEFONO	FAX
36-33-09-29	36-33-28-93
3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	
Hospital General de Zapopan	
R.F.C. SSM010830U83	
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR	
Colón No. 289-17/18/19	
COLONIA	
Centro	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Zapopan	
CODIGO POSTAL	
4 5 1 0 0	
ENTIDAD FEDERATIVA	
Jalisco	
ENTRE CALLE	Y CALLE
Anahuac	Cuitlahuac
TELEFONO	FAX
36-33-09-29	36-33-28-93
HORARIO	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES
D X L X M X M X J X V X S X DE 07:00 A 14:00 15:00 A 21:00	9 9 2013 DIA MES AÑO
REPRESENTANTE LEGAL	CORREO ELECTRÓNICO
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	aperez@saludzapopan.gob.mx
C.U.R.P. PEGJ681016HJCRM06	(DATO OPCIONAL)
REGULACION SANITARIA	
PERSONA AUTORIZADA	CORREO ELECTRÓNICO
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	aperez@saludzapopan.gob.mx
C.U.R.P. PEGJ681016HJCRM06	(DATO OPCIONAL)
REGION SANITARIA X	

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS											
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>					BAJA <input type="checkbox"/>				
NOMBRE COMPLETO Dr. Humberto Alvarez López						R.F.C. AALH660115FN5					
C.U.R.P. AALH660115HJCLPM05		CORREO ELECTRÓNICO		HORARIO:		D L X M x M x J x V x S DE 08:00 A 14:00		D L X M x M x J x V x S DE 15:00 A 21:00			
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero			TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara			No. DE CÉDULA PROFESIONAL 1770361					
ESPECIALIDAD DE Cardiología			TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Universidad Nacional Autónoma de México			No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 3626424					
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO  22 Oct 2013											
EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR						R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR					

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL												
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO			NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.									
			PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>					PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"			CATEGORÍA Servicios de Salud					CATEGORÍA				
			GRUPO Consultorio					GRUPO				
			SUBGRUPO Cardiología					SUBGRUPO				
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO												
4) MARCA COMERCIAL												
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA			R.F.C.					R.F.C.				
			RAZÓN SOCIAL 					RAZÓN SOCIAL				
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA			R.F.C.					R.F.C.				
			RAZÓN SOCIAL REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X					RAZÓN SOCIAL				
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"			1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
			2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
			3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

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

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR
RAZÓN SOCIAL, 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"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	22 OCT. 2013	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

22 OCT. 2013

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES REINICIO DE ACTIVIDADES BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

A

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 FECHA


DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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, SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES HECHAS EN MI PROPIA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, ¿ESTA DEBE QUEDAR EN ACCESO PÚBLICO? SI NO


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

CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL E 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 DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

[Empty Box]

003497 003497

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 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 ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

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

FARMACIA HOMEOPÁTICA
 FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 FARMACIA ALOPÁTICA
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 BOTICA
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 DROGUERÍA
 SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS
 ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)

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

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U INSTRUMENTALES
 CONSULTORIO
 COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEJOS Y ACCESORIOS
 CONSULTORIO DENTAL
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
 AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

22 OCT. 2013

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

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

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

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
621114	Consultorios de medicina especializada del Sector Público.

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE (FPI. PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **Hospital General de Zapopan**
 R.F.C.: **SSM010830U83**
 C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Colón No. 289**
 COLONIA: **Centro**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapopan**

LOCALIDAD: **Zapopan**
 CÓDIGO POSTAL: **4 5 1 0 0**
 ENTIDAD FEDERATIVA: **Jalisco**

ENTRE CALLE: **Anahuac**
 Y CALLE: **Cuitlahuac**
 TELÉFONO: **36-33-09-29**
 FAX: **36-33-28-93**

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **Hospital General de Zapopan**
 R.F.C.: **SSM010830U83**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Colón No. 289-14/15/16**
 COLONIA: **Centro**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapopan**

LOCALIDAD: **Zapopan**
 CÓDIGO POSTAL: **4 5 1 0 0**
 ENTIDAD FEDERATIVA: **Jalisco**

ENTRE CALLE: **Anahuac**
 Y CALLE: **Cuitlahuac**
 TELÉFONO: **36-33-09-29**
 FAX: **36-33-28-93**

HORARIO	D		L		M		J		V		S		DE	07:00	A	14:00	MUNICIPIO DE	9	9	2013	
	DX	DX	DX	DX	DX	DX	DX	DX	DX	DX	DX	DX									DE

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 C.U.R.P.: **PEGJ681016HJCRMR06**
 CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@saludzapopan.gob.mx**

PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 C.U.R.P.: **PEGJ681016HJCRMR06**
 CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@saludzapopan.gob.mx**

REGULACIÓN SANITARIA
REGION SANITARIA X

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

**5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:
EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS**

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Alejandro Dessavre Dávila** R.F.C.: **DEDA640225E41**

CURP: (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO: **adessda@yahoo.com.mx** HORARIO: D L X M x M x J x V x S DE 08:00 A 14:00
D L X M x M x J x V x S DE 15:00 A 20:00

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** Nº DE CEDULA PROFESIONAL: **1367300**

ESPECIALIDAD DE: **Cirugía Pediatría** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **AECM-24935**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  **22 OCT. 2013**


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

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input checked="" type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud			CATEGORÍA:						
	GRUPO: Consultorio			GRUPO:						
	SUBGRUPO: Pediatría			SUBGRUPO:						
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.			R.F.C.						
	RAZÓN SOCIAL			RAZÓN SOCIAL						
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.			R.F.C.						
	RAZÓN SOCIAL			RAZÓN SOCIAL						
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>						
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15


REGULACIÓN SANITARIA
REGIÓN SANITARIA X

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

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

22 OCT. 2013

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> A <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGURESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENER 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

Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez

**REGULACIÓN SANITARIA
REGIÓN SANITARIA X**

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NUMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO A ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.

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

[Empty Box]

003496

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO		<input type="checkbox"/>	
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013	<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR FLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	11:15 	<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO. CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621114	Consultorios de medicina especializada del Sector Público.		

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

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																								
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.																					
Hospital General de Zapopan			SSM010830U83																					
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR			DELEGACIÓN O MUNICIPIO																					
Colón No. 289-13			Zapopan																					
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA																						
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco																						
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX																					
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	36-33-28-93																					
HORARIO	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA MES AÑO																						
<table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr> <td>DX</td><td>LX</td><td>MX</td><td>MX</td><td>JX</td><td>VX</td><td>SX</td><td>DE</td><td>07:00</td><td>A</td> </tr> <tr> <td>DX</td><td>LX</td><td>MX</td><td>MX</td><td>JX</td><td>VX</td><td>SX</td><td>DE</td><td>15:00</td><td>A</td> </tr> </table>	DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	07:00	A	DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	15:00	A	14:00 	9	9	2013
DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	07:00	A															
DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	15:00	A															
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																					
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRMROS	aperez@saludzapopan.gob.mx																					
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																					
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		REGIÓN SANITARIA X	aperez@saludzapopan.gob.mx																					

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

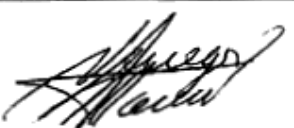
NOMBRE COMPLETO: **Dr. Arturo Manuel Venegas Ayala** R.F.C.: **5512153F6**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL): **VEAA551215HJCNRY10** CORREO ELECTRÓNICO: _____ HORARIO:

D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	08:00	A	14:00
D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	15:00	A	21:00

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** Nº DE CEDULA PROFESIONAL: **753956**

ESPECIALIDAD DE: **Cirugía General** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **AESSA-26810**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  **22 OCT. 2013**


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

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input checked="" type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud			CATEGORÍA:						
	GRUPO: Consultorio			GRUPO:						
	SUBGRUPO: Cirugía General			SUBGRUPO:						
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.: _____			R.F.C.: _____						
	RAZÓN SOCIAL: _____			RAZÓN SOCIAL: _____						
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.: _____			R.F.C.: _____						
	RAZÓN SOCIAL: _____			RAZÓN SOCIAL: _____						
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>						
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15


REGULACIÓN SANITARIA
REGIÓN SANITARIA X

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|---|--|
| 1.- 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 COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

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

22 OCT. 2013

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>
--	--	--

DE

DÍA	MES	AÑO

 A

DÍA	MES	AÑO

 FECHA

DÍA	MES	AÑO

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD REQUERIDOS 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 HECHAS EN NOMBRE DE LA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DEBE SER EN ACCESIBLES PÚBLICOS? SI NO


Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez y
 REGIÓN SANITARIA YUC
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.

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

003495

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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	ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTIQUEJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DENTALES <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS	
CLAVE (S.C.I.A.N.) 621114	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N. Consultorios de medicina especializada del Sector Público.

22 OCT. 2013

1:15

2 DATOS DEL PROPIETARIO:	
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) Hospital General de Zapopan	
R.F.C. SSM010830U83	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR Colón No. 289	COLONIA Centro
LOCALIDAD Zapopan	DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan
ENTRE CALLE Anahuac	Y CALLE Cuitlahuac
ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco	TELÉFONO 36-33-09-29
CÓDIGO POSTAL 4 5 1 0 0	FAX 36-33-28-93
3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Hospital General de Zapopan	
R.F.C. SSM010830U83	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR Colón No. 289-11	COLONIA Centro
LOCALIDAD Zapopan	DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan
ENTRE CALLE Anahuac	Y CALLE Cuitlahuac
ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco	TELÉFONO 36-33-09-29
CÓDIGO POSTAL 4 5 1 0 0	FAX 36-33-28-93
HORARIO: DX LX MX JX VX SX DE 07:00 A 15:00 A	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES 9 9 2013 DÍA MES AÑO
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	C.U.R.P. PEGJ681016HJCRMRO6
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) PEGJ681016HJCRMRO6
CORREO ELECTRÓNICO aperez@saludzapopan.gob.mx	

REGULACIÓN SANITARIA X

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

**5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:
EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS**

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Mario Alberto López Hernández** R.F.C.: **LOHM530322DX7**

C.U.R.P.: **LOHM530322HJCPRR08** (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO: **marioorl@yahoo.com.mx** HORARIO:

D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	14:00
	X	X	X	X	X	X				
D	L	M	M	J	V	S	DE	15:00	A	21:00
	X	X	X	X	X	X				

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Michoacana** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **562526**

ESPECIALIDAD DE: **Otorrinolaringología** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **3246003**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  **22 OCT. 2013**

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

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO					PRODUCTO O SERVICIO				
	NUEVO	A MODIFICAR	BAJA	NUEVO	YA MODIFICADO	BAJA	NUEVO	YA MODIFICADO	BAJA	
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	CATEGORÍA: Servicios de Salud					CATEGORÍA:				
	GRUPO: Consultorio					GRUPO:				
	SUBGRUPO: Otorrinolaringología					SUBGRUPO:				
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.: _____					R.F.C.: _____				
	RAZÓN SOCIAL: REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X					RAZÓN SOCIAL: _____				
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.: _____					R.F.C.: _____				
	RAZÓN SOCIAL: _____					RAZÓN SOCIAL: _____				
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/>		IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/>		IMPORTADO <input type="checkbox"/>		
8) PROCESO	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

1.- Obtención	5.- Conservación	9.- Manipulación	13.- Almacenamiento a temperatura ambiente
2.- Elaboración	6.- Mezclado	10.- Transporte a temperatura ambiente	14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/ 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 COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR
RAZON 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"/>	22 OCT. 2013	
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> A <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							FECHA <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPO 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 ¿DEBE SER MANTENIDO EN HACERLOS PÚBLICOS? SI NO


Dr. Jorge Alberto Ravelo Gómez
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
 REGULACIÓN SANITARIA
 REGIÓN SANITARIA X

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO A ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003494

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>
		AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>
		AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013 	<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TOXICAS DE USO INDUSTRIAL		<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621114	Consultorios de medicina especializada del sector público		

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

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																																																			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.																																																
Hospital General de Zapopan			SSM010830U83																																																
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO																																																	
Colón No. 289-10	Centro	Zapopan																																																	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA																																																	
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco																																																	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX																																																
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	36-33-28-93																																																
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES																																																		
<table border="1" style="font-size: 0.8em;"> <tr> <td>D</td><td>X</td><td>L</td><td>X</td><td>M</td><td>X</td><td>J</td><td>X</td><td>V</td><td>X</td><td>S</td><td>X</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <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></td><td></td><td>07:00</td><td>A</td> </tr> <tr> <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></td><td></td><td>15:00</td><td>A</td> </tr> </table>	D	X	L	X	M	X	J	X	V	X	S	X	D	E																	07:00	A															15:00	A	9 9 2013 DÍA MES AÑO		
D	X	L	X	M	X	J	X	V	X	S	X	D	E																																						
														07:00	A																																				
														15:00	A																																				
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																																																
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRMR06	aperez@saludzapopan.gob.mx																																																
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																																																
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRMR06	aperez@saludzapopan.gob.mx																																																

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Mario Javier Rodríguez Dávila** R.F.C.: **RODM640711D66**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL): **RODM640711HNTDVR07** CORREO ELECTRÓNICO: **majaroda@hotmail.com** HORARIO:

D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	07:00	A	13:00
D	L		M		M		J		V		S	DE		A	

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **1366109**

ESPECIALIDAD DE: **Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Dirección General de Profesiones** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **AE-07348**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  **22 OCT. 2013**


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

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input checked="" type="checkbox"/>	A MODIFICAR <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>	NUEVO <input type="checkbox"/>	YA MODIFICADO <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud			CATEGORÍA:						
	GRUPO: Consultorio			GRUPO:						
	SUBGRUPO: Cirugía Reconstructiva			SUBGRUPO:						
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.: _____			R.F.C.: _____						
	RAZÓN SOCIAL: _____			RAZÓN SOCIAL: _____						
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.: _____			R.F.C.: _____						
	RAZÓN SOCIAL: _____			RAZÓN SOCIAL: _____						
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>						
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15


REGULACIÓN SANITARIA
REGIÓN SANITARIA X

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|---|--|
| 1.- 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 COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR
RAZÓN SOCIAL 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"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLES Y 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 LA AUTORIDAD.

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

Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO / ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003492

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 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 ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

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

<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA	} SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
<input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA		<input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
<input type="radio"/> BOTICA		<input type="radio"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	
<input type="radio"/> DROGUERÍA			

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

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS

COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

22 OCT. 2013

CONSULTORIO

CONSULTORIO DENTAL

AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)

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

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL

PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS

IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
621114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Publico.

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) Hospital General de Zapopan		R.F.C. SSM010830U83
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 Anahuac	CÓDIGO POSTAL 4 5 1 0 0	ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco
Y CALLE Cuitlahuac	TELÉFONO 36-33-09-29	FAX 36-33-28-93

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Hospital General de Zapopan		R.F.C. SSM010830U83																								
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR Colón No. 289-7		DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan																								
LOCALIDAD Zapopan	COLONIA Centro	ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco																								
ENTRE CALLE Anahuac	CÓDIGO POSTAL 4 5 1 0 0	TELÉFONO 36-33-09-29																								
Y CALLE Cuitlahuac	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	FAX 36-33-28-93																								
HORARIO	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	AÑO																								
<table border="1"> <tr> <td>DX</td><td>LX</td><td>MX</td><td>JX</td><td>VX</td><td>SX</td><td>DE</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	DX	LX	MX	JX	VX	SX	DE								<table border="1"> <tr> <td>07:00</td><td>A</td> </tr> <tr> <td>15:00</td><td>A</td> </tr> </table>	07:00	A	15:00	A	<table border="1"> <tr> <td>9</td><td>9</td><td>2013</td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> </table>	9	9	2013	DÍA	MES	AÑO
DX	LX	MX	JX	VX	SX	DE																				
07:00	A																									
15:00	A																									
9	9	2013																								
DÍA	MES	AÑO																								
REPRESENTANTE LEGAL Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	C.U.R.P. PEGJ681016HJCRMRO6	CORREO ELECTRÓNICO aperez@saludzapopan.gob.mx																								
PERSONA AUTORIZADA Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	C.U.R.P. PEGJ681016HJCRMRO6	CORREO ELECTRÓNICO aperez@saludzapopan.gob.mx																								

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:
EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO Dr. Oscar Ignacio Varela de la Torre		R.F.C. VATO640411J13																																	
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) VATO640411HJCRRS00	CORREO ELECTRÓNICO urologovarela@hotmail.com	HORARIO:	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>x</td><td>M</td><td>x</td><td>M</td><td>x</td><td>J</td><td>x</td><td>V</td><td>x</td><td>S</td><td>DE</td><td>08:00</td><td>A</td><td>14:00</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>x</td><td>M</td><td>x</td><td>M</td><td>x</td><td>J</td><td>x</td><td>V</td><td>x</td><td>S</td><td>DE</td><td>14:00</td><td>A</td><td>20:00</td> </tr> </table>	D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	08:00	A	14:00	D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	14:00	A	20:00
D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	08:00	A	14:00																				
D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	14:00	A	20:00																				
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero	TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara	Nº DE CEDULA PROFESIONAL 1640931																																	
ESPECIALIDAD DE Urología	TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara	Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD AECM-30609																																	
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO  22 OCT. 2013																																			
EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR																																	

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

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

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO	<p>PRODUCTO O SERVICIO</p> <p>NUEVO <input checked="" type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/></p>		<p>PRODUCTO O SERVICIO</p> <p>NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/></p>																															
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA Servicios de Salud	CATEGORÍA																																
	GRUPO Consultorio	GRUPO																																
	SUBGRUPO Urología	SUBGRUPO																																
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																																		
4) MARCA COMERCIAL																																		
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.	R.F.C.																																
	RAZÓN SOCIAL	RAZÓN SOCIAL																																
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.	R.F.C.																																
	RAZÓN SOCIAL	RAZÓN SOCIAL																																
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>																																
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td></tr> <tr><td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td></tr> </table>	1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	3	6	9	12	15	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td></tr> <tr><td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td></tr> </table>	1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	3	6	9	12	15		
1	4	7	10	13																														
2	5	8	11	14																														
3	6	9	12	15																														
1	4	7	10	13																														
2	5	8	11	14																														
3	6	9	12	15																														

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

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

7 PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. 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 FALSEDADE DE DECLARACIONES HECHAS A UNA AUTORIDAD.

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


Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez
 REGISTRO SANITARIO
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003491

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>
		AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>
		AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013	<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="checkbox"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS <input type="checkbox"/>		
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621399	Otros consultorios del sector publico para el cuidado de la salud		


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

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																							
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.																					
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83																					
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		DELEGACIÓN O MUNICIPIO																					
Colón No. 289-6		Zapopan																					
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA																					
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco																					
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX																				
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	36-33-28-93																				
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA MES AÑO																					
<table border="1" style="font-size: 0.8em;"> <tr> <td>DX</td><td>LX</td><td>MX</td><td>MX</td><td>JX</td><td>VX</td><td>SX</td><td>DE</td><td>08:00</td><td>A</td> </tr> <tr> <td>DX</td><td>LX</td><td>MX</td><td>MX</td><td>JX</td><td>VX</td><td>SX</td><td>DE</td><td>15:00</td><td>A</td> </tr> </table>	DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	08:00	A	DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	15:00	A	9	9	2013
DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	08:00	A														
DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	15:00	A														
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																				
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRMRO	aperez@saludzapopan.gob.mx																				
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO																				
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRMRO	aperez@saludzapopan.gob.mx																				

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS																			
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>			MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>					BAJA <input type="checkbox"/>											
NOMBRE COMPLETO Dr. Jorge Mario Canela Gutiérrez							R.F.C. CAGJ5405274D0												
CURP CAGJ540527HJCNT03		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO jorgecanela07@hotmail.com			HORARIO		D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	13:00
									D	L	M	M	J	V	S	DE	14:00	A	20:00
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL 756867											
ESPECIALIDAD DE Maestría en Ciencia de la Salud Pública				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara				Nº. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 5401115											
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 																			
22 OCT. 2013																			
EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR							R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR												

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL.													
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO				NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.									
				PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>				PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>					
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"				CATEGORÍA Servicios de Salud				CATEGORÍA					
				GRUPO Consultorio				GRUPO					
				SUBGRUPO Medicina Preventiva				SUBGRUPO					
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO													
4) MARCA COMERCIAL													
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA				R.F.C. 				R.F.C.					
				RAZÓN SOCIAL				RAZÓN SOCIAL					
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA				R.F.C. REGULACIÓN SANITARIA				R.F.C.					
				RAZÓN SOCIAL REGIÓN SANITARIA X				RAZÓN SOCIAL					
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO				NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"				1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
				2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
				3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7

PARA LA MODIFICACION O ACTUALIZACION DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACION (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACION	DICE	DEBE DE DECIR
RAZON SOCIAL O DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
R.F.C. <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCION DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	22 OCT. 2013	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>																		
DE <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px;"> <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; width: 60px;"> <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; width: 60px;"> <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, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRAMITES 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 APPLICABLES 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 A LA AUTORIDAD.

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


REGULACIÓN SANITARIA
Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez
REGION SANITARIA X2
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.

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

003490

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DROGUERIA	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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013 	<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ÉSTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL		<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N. QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Publico.		

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

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Colón No. 289-5		Zapopan	
LOCALIDAD		ENTIDAD FEDERATIVA	
Zapopan		Jalisco	
CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	
4 5 1 0 0		36-33-09-29	
ENTRE CALLE		FAX	
Anahuac		36-33-28-93	
Y CALLE		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	
Cuitlahuac		9 9 2013	
HORARIO:		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	
07:00 A 15:00 15:00 A 14:00		9 9 2013 DÍA MES AÑO	
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO		CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		aperez@saludzapopan.gob.mx	
C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)	
PEGJ681016HJCRMROS			
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO		CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		aperez@saludzapopan.gob.mx	
C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)	
PEGJ681016HJCRMROS			

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

**5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:
EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS**

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Alfredo Bismarck Plascencia Aguilar** R.F.C.: **PAAA670830219**

C.U.R.P.: **PAAA670830HJCLGL06** (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO: **duermegente@hotmail.com** HORARIO:

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

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad Autónoma de Guadalajara** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **1967439**

ESPECIALIDAD DE: **Anestesiología** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad de Guanajuato** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **3174326**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  **2 OCT. 2013**

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

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO					PRODUCTO O SERVICIO				
	NUEVO <input checked="" type="checkbox"/>	A MODIFICAR <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>	NUEVO <input type="checkbox"/>	YA MODIFICADO <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud					CATEGORÍA:				
	GRUPO: Consultorio					GRUPO:				
	SUBGRUPO: Clínica del Dolor					SUBGRUPO:				
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.:					R.F.C.:				
	RAZÓN SOCIAL: REGULACIÓN SANITARIA					RAZÓN SOCIAL:				
	RAZÓN SOCIAL: REGIÓN SANITARIA X					RAZÓN SOCIAL:				
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.:					R.F.C.:				
	RAZÓN SOCIAL:					RAZÓN SOCIAL:				
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				
8) PROCESO	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

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/c 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 MODIFICACION O ACTUALIZACION DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACION (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACION	DICE	DEBE DE DECIR
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"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>	22 OCT, 2013	
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERAN LOS UTILIZADOS EN LOS TRAMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGURESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLO 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 PUBLICARLOS PUBLICOS? SI NO

Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez
 REGULATORIA SANITARIA
 REGION SANITARIA X

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCION TELEFONICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAIS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NUMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRAMITE ENVIADO AL AREA DE TRAMITACION FORANEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº. DE PLACAS			
Nº. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:

EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA

MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN

BAJA

NOMBRE COMPLETO

Dr. José Antonio Barba Padilla

R.F.C.

BAPA591206E21

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

BAPA591206HJCRDN09

CORREO ELECTRÓNICO

drtonybarba@hotmail.com

HORARIO:

D x L x

M x M x

J x V x

S x DE

08:00 A

14:0

D x L x

M x M x

J x V x

S x DE

15:00 A

20:0

CON TÍTULO PROFESIONAL DE

Medico Cirujano y Partero

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR

Universidad de Guadalajara

Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL

1045499

ESPECIALIDAD DE

Ortopedia, Traumatología y Rehabilitación

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR

Dirección General de Profesiones

Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD

3273000

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO



22 OCT, 2013

EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

PRODUCTO O SERVICIO
 NUEVO A MODIFICAR BAJA PRODUCTO O SERVICIO
 NUEVO YA MODIFICADO BAJA

2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"

CATEGORÍA	CATEGORÍA
Servicios de Salud	
Consultorio	
Ortopedia, Terapia Física y Rehabilitación	

3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO

4) MARCA COMERCIAL



5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA

R.F.C. **REGULACIÓN SANITARIA** R.F.C.
 RAZÓN SOCIAL **REGIÓN SANITARIA X** RAZÓN SOCIAL

6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA

R.F.C. **REGIÓN SANITARIA X** R.F.C.
 RAZÓN SOCIAL **REGIÓN SANITARIA X** RAZÓN SOCIAL

7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO

NACIONAL IMPORTADO NACIONAL IMPORTADO

8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"

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

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7 PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	22 OCT. 2013	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPO 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 HECHAS A UNA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DEBE QUERER HACERLOS PUBLICOS? SI NO


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

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN I 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, ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003488

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013 	<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS ALIMENTARIOS <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS			
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621112	Consultorios de medicina general del Sector Publico.		

2 DATOS DEL PROPIETARIO:																																													
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.																																											
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83																																											
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)																																											
Colón No. 289																																													
LOCALIDAD		DELEGACIÓN O MUNICIPIO																																											
Zapopan		Zapopan																																											
ENTRE CALLE		CÓDIGO POSTAL																																											
Anahuac		4 5 1 0 0																																											
Y CALLE		ENTIDAD FEDERATIVA																																											
Cuitlahuac		Jalisco																																											
		TELÉFONO																																											
		36-33-09-29																																											
		FAX																																											
		36-33-28-93																																											
3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																																													
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.																																											
Hospital General de Zapopan		SSM010830U83																																											
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		DELEGACIÓN O MUNICIPIO																																											
Colón No. 289-1		Zapopan																																											
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL																																											
Zapopan		4 5 1 0 0																																											
ENTRE CALLE		ENTIDAD FEDERATIVA																																											
Anahuac		Jalisco																																											
Y CALLE		TELÉFONO																																											
Cuitlahuac		36-33-09-29																																											
		FAX																																											
		36-33-28-93																																											
HORARIO:		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES																																											
<table border="1" style="font-size: 8px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td><td>LX</td><td>MX</td><td>MX</td><td>JX</td><td>VX</td><td>S</td><td>DE</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>07:00</td><td>A</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>15:00</td><td>A</td><td></td><td></td> </tr> </table>		D	LX	MX	MX	JX	VX	S	DE													07:00	A											15:00	A			<table border="1" style="font-size: 8px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>9</td><td>9</td><td>2013</td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> </table>		9	9	2013	DÍA	MES	AÑO
D	LX	MX	MX	JX	VX	S	DE																																						
								07:00	A																																				
								15:00	A																																				
9	9	2013																																											
DÍA	MES	AÑO																																											
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)																																											
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRMR06																																											
		CORREO ELECTRÓNICO																																											
		aperez@saludzapopan.gob.mx																																											
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)																																											
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRMR06																																											
		CORREO ELECTRÓNICO																																											
		aperez@saludzapopan.gob.mx																																											

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

49

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Jesús Alfonso Ramos Cervantes** R.F.C.: **RACJ620901KE1**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL): **RACJ620901HSLMRS07** CORREO ELECTRÓNICO: **ramosjesus93@hotmail.com** HORARIO:

D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	14:00
D	L	M	M	J	V	S	DE	15:00	A	20:00

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y Partero** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **1325167**

ESPECIALIDAD DE: **Maestro en Ciencias de la Salud para el Trabajo** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **6706425**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  22 OCT. 2013


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

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO					PRODUCTO O SERVICIO				
	NUEVO	A MODIFICAR	BAJA			NUEVO	YA MODIFICADO	BAJA		
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud					CATEGORÍA:				
	GRUPO: Consultorio					GRUPO:				
	SUBGRUPO: Medicina Laboral					SUBGRUPO:				
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.:					R.F.C.:				
	RAZÓN SOCIAL:					RAZÓN SOCIAL:				
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.:					R.F.C.:				
	RAZÓN SOCIAL:					RAZÓN SOCIAL:				
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15


REGULACIÓN SANITARIA
REGIÓN SANITARIA X

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/c 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 COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR
RAZÓN SOCIAL 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"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	22 OCT, 2013	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		


SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APPLICABLES QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEAD DE DECLARACIONES A LA AUTORIDAD.

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


Dr. Jorge Alberto Pérez Gómez
 ASOCIACIÓN SANITARIA
 REGIÓN SANITARIA X
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

[Empty Box]

003507

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 checked="" type="checkbox"/>		AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO		<input checked="" type="checkbox"/>		AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO		<input type="checkbox"/>			
								AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO		<input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS										<input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD										<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="checkbox"/> BOTICA <input type="checkbox"/> DROGUERIA		SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS		<input type="checkbox"/> FABRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> FABRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS		<input type="checkbox"/> ALMACEN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="checkbox"/> ALMACEN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)							
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD										<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="checkbox"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEJOS Y ACCESORIOS <input type="checkbox"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL		22 OCT. 2013 		<input type="checkbox"/> CONSULTORIO <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="checkbox"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No 4)									
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL										<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL				<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="checkbox"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS									
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS													
CLAVE (S.C.I.A.N.)				DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.									
621212				Consultorios dentales del sector público									
2 DATOS DEL PROPIETARIO:													
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)								R.F.C.		SSM010830U83			
Hospital General de Zapopan								C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)			
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACIÓN O MUNICIPIO							
Colón No. 289				Centro		Zapopan							
LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA							
Zapopan				4 5 1 0 0		Jalisco							
ENTRE CALLE			Y CALLE			TELÉFONO		FAX					
Anahuac			Cuitlahuac			36-33-09-29		36-33-28-93					
3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:													
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO								R.F.C.		SSM010830U83			
Hospital General de Zapopan								C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)			
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR				COLONIA		DELEGACIÓN O MUNICIPIO							
Colón No. 289-34				Centro		Zapopan							
LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA							
Zapopan				4 5 1 0 0		Jalisco							
ENTRE CALLE			Y CALLE			TELÉFONO		FAX					
Anahuac			Cuitlahuac			36-33-09-29		36-33-28-93					
HORARIO		D X		L X		M X		M X		J X			
		D X		L X		M X		M X		J X			
		V X		S X		D E		07:00		A			
		V X		S X		D E		14:00		A			
		V X		S X		D E		15:00		A			
FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES								DÍA		MES			
								9		9			
										2013			
REPRESENTANTE LEGAL				NOMBRE COMPLETO				C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez				Dr. Jorge Alberto Perez Gomez				PEGJ681016HJCRM06				aperez@saludzapopan.gob.mx	
PERSONA AUTORIZADA				NOMBRE COMPLETO				C.U.R.P.		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez				Dr. Jorge Alberto Perez Gomez				PEGJ681016HJCRM06				aperez@saludzapopan.gob.mx	
REGIÓN SANITARIA X REGIÓN SANITARIA X													

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Dr. Juan Alberto Estrada Rosas** R.F.C.: **EARJ600216JF8**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL): CORREO ELECTRÓNICO: **beto66_mx@yahoo.com** HORARIO:

D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	08:00	A	13:00
D	L	x	M	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	15:00	A	20:00

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Cirujano Dentista** TÍTULO O PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **1273220**

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


FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  **22 OCT. 2013**

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

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA, EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input checked="" type="checkbox"/>	A MODIFICAR <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>	NUEVO <input type="checkbox"/>	YA MODIFICADO <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud			CATEGORÍA:						
	GRUPO: Consultorio			GRUPO:						
	SUBGRUPO: Dental			SUBGRUPO:						
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.				R.F.C.					
	RAZÓN SOCIAL				RAZÓN SOCIAL					
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.	REGULACIÓN SANITARIA			R.F.C.					
	RAZÓN SOCIAL	REGIÓN SANITARIA X			RAZÓN SOCIAL					
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>						
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

1.- Obtención	5.- Conservación	9.- Manipulación	13.- Almacenamiento a temperatura ambiente
2.- Elaboración	6.- Mezclado	10.- Transporte a temperatura ambiente	14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración y 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 COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR
RAZÓN SOCIAL 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"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		


SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLES 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 LA AUTORIDAD.

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


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

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003508

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
 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO
 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO
 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

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

FARMACIA HOMEOPÁTICA
 FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 FARMACIA ALOPÁTICA } SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
 BOTICA
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 DROGUERÍA

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
 COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS
 CONSULTORIO DENTAL
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
 AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

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

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

22 OCT. 2013

IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
621212	Consultorios dentales del sector público

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **Hospital General de Zapopan**
 R.F.C: **SSM010830U83**
 C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Colón No. 289**
 COLONIA: **Centro**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapopan**

LOCALIDAD: **Zapopan**
 CÓDIGO POSTAL: **4 5 1 0 0**
 ENTIDAD FEDERATIVA: **Jalisco**

ENTRE CALLE: **Anahuac**
 Y CALLE: **Cuitlahuac**
 TELÉFONO: **36-33-09-29**
 FAX: **36-33-28-93**

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **Hospital General de Zapopan**
 R.F.C: **SSM010830U83**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Colón No. 289-35**
 COLONIA: **Centro**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapopan**

LOCALIDAD: **Zapopan**
 CÓDIGO POSTAL: **4 5 1 0 0**
 ENTIDAD FEDERATIVA: **Jalisco**

ENTRE CALLE: **Anahuac**
 Y CALLE: **Cuitlahuac**
 TELÉFONO: **36-33-09-29**
 FAX: **36-33-28-93**

HORARIO:								FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		
D X	L X	M X	M X	J X	V X	S X	D E	DIA	MES	AÑO
							07:00	9	9	2013
							15:00	A		AÑO


REPRESENTANTE LEGAL: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 C.U.R.P.: **PEGJ681016HJCRM06**
 CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@saludzapopan.gob.mx**

PERSONA AUTORIZADA: **Dr. Jorge Alberto Perez Gomez**
 C.U.R.P.: **PEGJ681016HJCRM06**
 CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@saludzapopan.gob.mx**

REGULACIÓN SANITARIA
REGION SANITARIA X

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS																		
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>			MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>						BAJA <input type="checkbox"/>									
NOMBRE COMPLETO Dr. Jorge Alejandro Puente de los Santos								R.F.C. PUSJ760529738										
CURP PUSJ760529HSPNNR08		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO cmfjorge_puente@hotmail.com		HORARIO		D	L	M	M	J	V	S	DE	08:00	A	13:00
								D	L	M	M	J	V	S	DE		A	
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Cirujano Dentista				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad Autónoma de San Luis Potosí				Nº DE CEDULA PROFESIONAL 3161927										
ESPECIALIDAD DE Cirugía Maxilofacial				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Universidad Autónoma del Estado de México				Nº DE CEDULA DE LA ESPECIALIDAD 4452423										
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 																		
22 OCT. 2013																		
EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR								R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR										

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL																													
NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMER COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.																													
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO																													
PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="checkbox"/> A MODIFICAR <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>						PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="checkbox"/> YA MODIFICADO <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>																							
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"																													
CATEGORÍA Servicios de Salud						CATEGORÍA																							
GRUPO Consultorio						GRUPO																							
SUBGRUPO Maxilofacial						SUBGRUPO																							
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																													
4) MARCA COMERCIAL																													
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA																													
R.F.C.						R.F.C.																							
RAZÓN SOCIAL						RAZÓN SOCIAL																							
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA																													
R.F.C.						R.F.C.																							
RAZÓN SOCIAL						RAZÓN SOCIAL																							
REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X																													
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO																													
NACIONAL <input type="checkbox"/>				IMPORTADO <input type="checkbox"/>				NACIONAL <input type="checkbox"/>				IMPORTADO <input type="checkbox"/>																	
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"																													
1			4			7			10			13			1			4			7			10			13		
2			5			8			11			14			2			5			8			11			14		
3			6			9			12			15			3			6			9			12			15		

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7

PARA LA MODIFICACION O ACTUALIZACION DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACION (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACION	DICE	DEBE DE DECIR
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"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	22 OCT. 2013	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		


SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table> A <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

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

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


Dr. Jorge Alberto Pérez González
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003503

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DRUGUERÍA	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	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTETRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTICUOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	22 OCT. 2013 	<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL		<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO. CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
621392	Consultorios de nutriólogos y dietistas del sector público		

2 DATOS DEL PROPIETARIO:																																	
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)			R.F.C.																														
Hospital General de Zapopan			SSM010830U83																														
			C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)																														
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO																														
Colón No. 289		Centro	Zapopan																														
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA																															
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco																															
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX																														
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	36-33-28-93																														
3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																																	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.																														
Hospital General de Zapopan			SSM010830U83																														
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR			DELEGACIÓN O MUNICIPIO																														
Colón No. 289-25			Zapopan																														
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA																															
Zapopan	4 5 1 0 0	Jalisco																															
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX																														
Anahuac	Cuitlahuac	36-33-09-29	36-33-28-93																														
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES																																
<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>DX</td><td>LX</td><td>MX</td><td>MX</td><td>JX</td><td>VX</td><td>SX</td><td>DE</td> <td>07:00</td><td>A</td> <td>13:00</td><td>A</td> <td>9</td><td>9</td><td>2013</td> </tr> <tr> <td>DX</td><td>LX</td><td>MX</td><td>MX</td><td>JX</td><td>VX</td><td>SX</td><td>DE</td> <td>15:00</td><td>A</td> <td>21:00</td><td>A</td> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> </table>	DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	07:00	A	13:00	A	9	9	2013	DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	15:00	A	21:00	A	DÍA	MES	AÑO			
DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	07:00	A	13:00	A	9	9	2013																			
DX	LX	MX	MX	JX	VX	SX	DE	15:00	A	21:00	A	DÍA	MES	AÑO																			
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)																															
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRM06																																
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)																															
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	PEGJ681016HJCRM06	COMISIÓN FEDERAL DE PROTECCIÓN SANITARIA																															
			CORREO ELECTRÓNICO																														
			aperez@saludzapopan.gob.mx																														

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº. DE PLACAS			
Nº. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS																	
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>			MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>						BAJA <input type="checkbox"/>								
NOMBRE COMPLETO L.N. Alejandra Gabriela Rosales Llamas							R.F.C. ROLA7810113E2										
C.U.R.P. ROLA781011MJCSLL09		(DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO alejandra_gabrielal@hotmail.com		HORARIO		D	L	M	J	V	S	DE	08:00	A	13:00
								D	L	M	J	V	S	DE	15:00	A	19:00
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Nutrición				TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad del Valle de Atemajac				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 3891688									
ESPECIALIDAD DE				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD									
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 																	
22 OCT. 2013																	
EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR												R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR					

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL.													
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO				NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.									
				PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="checkbox"/> A MODIFICAR <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>				PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="checkbox"/> YA MODIFICADO <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>					
2) ANOTE LA CATEGORIA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"				CATEGORIA Servicios de Salud				CATEGORIA					
				GRUPO Consultorio				GRUPO					
				SUBGRUPO Nutrición				SUBGRUPO					
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO													
4) MARCA COMERCIAL													
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA				R.F.C.				R.F.C.					
				RAZÓN SOCIAL REGULACIÓN SANITARIA				RAZÓN SOCIAL					
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA				R.F.C.				R.F.C.					
				RAZÓN SOCIAL REGIÓN SANITARIA X				RAZÓN SOCIAL					
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO				NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"				1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
				2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
				3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7

PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>							
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> 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							
DÍA	MES	AÑO							
DÍA	MES	AÑO							

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. 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 FALSEDADE DE DECLARACIONES ANTES A UNA AUTORIDAD.

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


 Dr. José Guillermo Pérez Gómez
 REGIÓN SANITARIA X
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



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

003502

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO	<input type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>								
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>								
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA	} SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)			
<input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA		<input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS						
<input type="radio"/> BOTICA		<input type="radio"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS						
<input type="radio"/> DROGUERÍA								
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>								
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS	22 OCT. 2013			<input checked="" type="radio"/> CONSULTORIO				
<input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS				<input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL				
<input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS				<input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL CUADRO No. 4)				
<input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL								
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS AMBIENTALES <input type="checkbox"/>								
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS				<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES				
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL				<input type="radio"/> PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS				
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS								
CLAVE (S.C.I.A.N.)	621320			DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.	Consultorios de optometria			

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

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

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO				R.F.C.	
Hospital General de Zapopan				SSM010830U83	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR				DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Colón No. 289-24				Zapopan	
LOCALIDAD		COLONIA	ENTIDAD FEDERATIVA		
Zapopan		Centro	Jalisco		
ENTRE CALLE		CÓDIGO POSTAL	TELÉFONOS		
Anahuac		4 5 1 0 0	36-33-09-29		
Y CALLE		TELÉFONO	FAX		
Cuitlahuac		36-33-09-29	36-33-28-93		
HORARIO:		DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA		9
D X L X M X M X J X V X S X D E		07:00 A	9		2013
D X L X M X M X J X V X S X D E		15:00 A	DÍA		9
REPRESENTANTE LEGAL		C.U.R.P.		CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRM06		aperez@saludzapopan.gob.mx	
PERSONA AUTORIZADA		C.U.R.P.		CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		PEGJ681016HJCRM06		aperez@saludzapopan.gob.mx	

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº DE PLACAS			
Nº DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:

EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA

MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN

BAJA

NOMBRE COMPLETO

Dr. Georgina Covarrubias Dueñas

R.F.C.

CODG580823

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) CODG580823MJCVXR01	CORREO ELECTRÓNICO geoderma@hotmail.es	HORARIO:	D	L	x	M	x	J	x	V	x	S	DE	07:00	A	14:00
			D	L		M	M	J	V	S		DE			A	

CON TÍTULO PROFESIONAL DE

Medico Cirujano y Partero

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR

Universidad de Guadalajara

Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL

1111754

ESPECIALIDAD DE

Dermatología

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR

Dirección General de Profesiones

Nº. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD

3444453

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO

22 OCT. 2013

EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO	NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.																															
	PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input checked="" type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>	PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>																														
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA Servicios de Salud GRUPO Consultorio SUBGRUPO Dermatología	CATEGORÍA GRUPO SUBGRUPO 																														
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																																
4) MARCA COMERCIAL																																
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C. RAZÓN SOCIAL	R.F.C. RAZÓN SOCIAL																														
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C. RAZÓN SOCIAL	R.F.C. RAZÓN SOCIAL																														
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>																														
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td> </tr> </table>	1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	3	6	9	12	15	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td> </tr> </table>	1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	3	6	9	12	15
1	4	7	10	13																												
2	5	8	11	14																												
3	6	9	12	15																												
1	4	7	10	13																												
2	5	8	11	14																												
3	6	9	12	15																												

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7

PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES REINICIO DE ACTIVIDADES BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO
 DE

DÍA	MES	AÑO

 A

DÍA	MES	AÑO

 FECHA

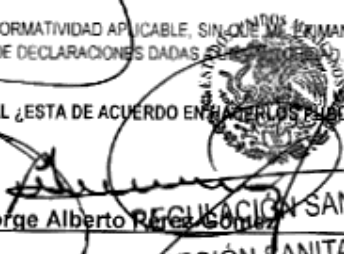
DÍA	MES	AÑO

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. 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 FALSEDADE DE DECLARACIONES DADAS.

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


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

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.

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

002493

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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN BAJA DEL RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE BIENES PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALQUÍMICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DROGUERIA	SINYENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS O PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> FABRICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> FÁBRICA DE DEMONSTRACIONARIOS	<input type="radio"/> ASISTENTE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REABASTECIMIENTO <input type="radio"/> ASISTENTE DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS O DENTALES <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTIBIÓTICOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIO DE ASISTENCIA SOCIAL		22 OCT. 2013 	
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 FARMACIAS <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 INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS	
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA TABLA PRIVADOFEPRISGOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN		
621332	Consultorios de psicología del Sector Público.		

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) Hospital General de Zapopan			RFC SSM010830U83 <small>(DATO OPCIONAL)</small>
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO CUZ (SI INTERIOR) Colón No. 289		COLONIA Centro	MUNICIPIO O MUNICIPIO Zapopan
LOCALIDAD Zapopan		CÓDIGO POSTAL 4 5 1 0 0	ESTADO FEDERATIVO Jalisco
ENTRE CALLES Anahuac		CALLE Cuñahuac	TELÉFONO 36-33-09-29
			FAX 36-33-28-83

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																																																																	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Hospital General de Zapopan			RFC SSM010830U83																																																														
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO CUZ (SI INTERIOR) Colón No. 289-9		COLONIA Centro	MUNICIPIO O MUNICIPIO Zapopan																																																														
LOCALIDAD Zapopan		CÓDIGO POSTAL 4 5 1 0 0	ESTADO FEDERATIVO Jalisco																																																														
ENTRE CALLES Anahuac		CALLE Cuñahuac	TELÉFONO 36-33-09-29																																																														
			FAX 36-33-28-83																																																														
HORARIO																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">D.</td><td style="width: 10%;">L.</td><td style="width: 10%;">M.</td><td style="width: 10%;">M.</td><td style="width: 10%;">J.</td><td style="width: 10%;">V.</td><td style="width: 10%;">S.</td><td style="width: 10%;">D.</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">07:00</td><td style="text-align: center;">A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">15:00</td><td style="text-align: center;">A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					D.	L.	M.	M.	J.	V.	S.	D.																				07:00	A																			15:00	A												
	D.	L.	M.	M.	J.	V.	S.	D.																																																									
									07:00	A																																																							
									15:00	A																																																							
FORMA DE ASESORIA ACTIVACIÓN (OPCIONAL)																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">2013</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">DA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>																																	9											2013										DA											AÑO
									9											2013																																													
									DA											AÑO																																													
RESPONSABLE OFICIAL NOMBRE COMPLETO Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		RFC PEGJ681016HJCRM																																																															
CORREO ELECTRÓNICO aperez@saludzapopan.gob.mx																																																																	
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO Dr. Jorge Alberto Perez Gomez		RFC PEGJ681016HJCRM																																																															
CORREO ELECTRÓNICO aperez@saludzapopan.gob.mx		REGIONALIZACIÓN SANITARIA REGION SANITARIA X																																																															

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: **L.Psic. Araceli León Garcia** R.F.C.: **LEGA770914GV0**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL): **LEGA770914MJCNR02** CORREO ELECTRÓNICO: **leongara@hotmail.com** HORARIO:

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

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Psicología** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)** No. DE CÉDULA PROFESIONAL: **4660271**

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


FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO:  **22 OCT. 2013**

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

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

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input checked="" type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de Salud			CATEGORÍA:						
	GRUPO: Consultorio			GRUPO:						
	SUBGRUPO: Psicología			SUBGRUPO:						
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.: 			R.F.C.:						
	RAZÓN SOCIAL:			RAZÓN SOCIAL:						
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.: REGULACIÓN SANITARIA			R.F.C.:						
	RAZÓN SOCIAL: REGIÓN SANITARIA X			RAZÓN SOCIAL:						
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>						
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

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

7 PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE 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"/>											
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	22 OCT. 2013										
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>											
HORARIO <input type="checkbox"/>											
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>											
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

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

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DEBE SER HACERLOS PÚBLICOS?

SI NO


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

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.