



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

NO. RUPA

702102

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

FARMACIA HOMEOPÁTICA
 FARMACIA ALOPÁTICA
 BÓTICA
 DROGUERÍA

FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 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

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

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

05 SET. 2013

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

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.
622312	Hospitales del Sector Público de otras Especialidades Médicas

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **Servicios de Salud del Municipio de Zapapan**
 R.F.C.: **55m0108301183**
 C.U.R.P.: **[DATO OPCIONAL]**
 CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Colón 289**
 COLONIA: **Centro Zapapan**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapapan**
 LOCALIDAD: **Zapapan**
 CÓDIGO POSTAL: **41511010**
 ENTIDAD FEDERATIVA: **Tlaxcala**
 ENTRE CALLE: **Anahuac**
 CALLE: **Cuithahuac**
 TELÉFONO: **36330929**
 FAX: **36332593**

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **Hospital General de Zapapan**
 R.F.C.: **55m0108301183**
 CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Colón 289**
 COLONIA: **Centro Zapapan**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Zapapan**
 LOCALIDAD: **Zapapan**
 CÓDIGO POSTAL: **41511010**
 ENTIDAD FEDERATIVA: **Tlaxcala**
 ENTRE CALLE: **Anahuac**
 CALLE: **Cuithahuac**
 TELÉFONO: **36330929**
 FAX: **36332593**

HORARIO: **7:00 - 20:00**
 FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: **9 DÍAS, 9 MES, 13 AÑO**
 REPRESENTANTE LEGAL: **Sergio Quintero Hernandez**
 NOMBRE COMPLETO: **Sergio Quintero Hernandez**
 C.U.R.P.: **[DATO OPCIONAL]**
 CORREO ELECTRÓNICO: **squintero@saludzapapan.gob.mx**
 PERSONA AUTORIZADA: **Jorge Alberto Perez Gomez**
 NOMBRE COMPLETO: **Jorge Alberto Perez Gomez**
 C.U.R.P.: **[DATO OPCIONAL]**
 CORREO ELECTRÓNICO: **aperez@Salud.Zapapan.gob.mx**

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 MODIFICACION BAJA

NOMBRE COMPLETO: **Jorge Alberto Perez Gomez**

CURP: **PEGJ5681016PV9**

CORREO ELECTRONICO: _____

HORARIO: D I M J V S N O A

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: **Medico Cirujano y partero**

ESPECIALIDAD DE: **Obstetricia Mat. Clinica**

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: **Universidad de Guadalajara**

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: **Universidad de Alameda**

Nº DE CÉDULA PROFESIONAL: **1951898**

Nº DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD: **4535436**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO: *[Firma]*

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

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR: **Francisco Meza Peña**

R.F.C. ANTERIOR: **MEPE55116R63**

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

SÓLO REQUISITAR ESTE REGLÓN EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

	PRODUCTO O SERVICIO			PRODUCTO O SERVICIO																																
	NUEVO <input type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>																														
1) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: Servicios de salud			CATEGORÍA: _____																																
	GRUPO: Servicios de Atención Social			GRUPO: _____																																
	SUBGRUPO: _____			SUBGRUPO: _____																																
2) NOMINACIÓN GENERAL 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.: _____ RAZÓN SOCIAL: _____			R.F.C.: _____ RAZÓN SOCIAL: _____																																
5) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.: _____ RAZÓN SOCIAL: _____			R.F.C.: _____ RAZÓN SOCIAL: _____																																
6) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>																																
7) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	<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: 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"/>	05 SET. 2013	
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS) <input type="checkbox"/>	FIRMA _____	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	FECHA _____	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES DE

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 A

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

REINICIO DE ACTIVIDADES FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----


BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

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

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

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


Jorge Alberto Perez Gomez
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
 REGIÓN 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 01800-366-24-66 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.