



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

003489

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO 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:	
<input type="checkbox"/> AVISO DE FUNCIONAMIENTO	<input checked="" 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
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	VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> REPARACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="checkbox"/> FÁBRICA DE REQUISITOS REGULARIZADOS
ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS Y DE REQUISITOS HOMOLOGADOS <input type="checkbox"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMARIAS 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 NI DENTÍSTICOS <input type="checkbox"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANÁLISIS 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"/> REGULACIÓN (SE MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REGISTRAR EL REGISTRO No. 1)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR FARMACIAS <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TERCERAS DE USO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES HOMÓLOGOS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU INSCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO. CONSULTE LA PÁGINA WWW.COFEPRISSON.MX EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS	
CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO
E21114	Consultorios de Medicina Especializada del Sector Público.

22 OCT. 2013

1.00


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
CÓDIGO POSTAL: 4 5 1 0 0	ENTIDAD FEDERATIVA: Jalisco
TELEFONO: 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. 289-2/3/4	
COLONIA: Centro	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO: Zapopan	
LOCALIDAD: Zapopan	
ENTRE CALLE: Anahuac	
Y CALLE: Cuitlahuac	
CÓDIGO POSTAL: 4 5 1 0 0	
ENTIDAD FEDERATIVA: Jalisco	
TELEFONO: 36-33-09-29	
FAX: 36-33-28-93	
HORARIO: DX LX MX NX JX VX SX DE 07:00 A 15:00 A	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES (DATO OPCIONAL): DIA MES AÑO 9 9 2013
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO: Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	C.U.R.P.: PEGJ681016HJCRMR06
REGULACIÓN SANITARIA	
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO: Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	C.U.R.P.: PEGJ681016HJCRMR06
REGULACIÓN 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 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 14:00 D x L x M x M x J x V x S x DE 15:00 A 20:00		TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara		No. DE CÉDULA PROFESIONAL 1045499			
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Dirección General de Profesiones				No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD 3273000			
ESPECIALIDAD DE Ortopedia, Traumatología y Rehabilitación				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 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 Ortopedia, Terapia Física y Rehabilitación			SUBGRUPO																																			
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																																									
4) MARCA COMERCIAL			 R.F.C.			R.F.C.																																			
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA									RAZÓN SOCIAL																																
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA			R.F.C. REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X			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 SOIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	22 OCT. 2013	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>	FIRMA _____ NÚMERO _____	
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

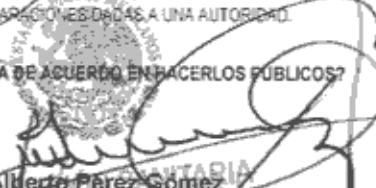
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>																		
DE <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>DÍA</td><td>MES</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 TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGÚRESE 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 FALSEAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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


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

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS, EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-433-3838 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 01-800-428-4224.