

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

608799

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO AVISO DE MODIFICACIÓN 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 HOMEOPÁTICOS
 FÁBRICA HOMEOPÁTICA } FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS } ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HOMEOPÁTICOS
 BOTICA } FÁBRICA DE REMEDIOS HOMEOPÁTICOS } ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
 FARMACIA

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

CONSULTORIO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS O QUIRÓGENOS CONSULTORIO
 COMERCIO AL POR MENOR DE ARTÍCULOS Y ACCESORIOS CONSULTORIO DENTAL
 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS HABILITACIÓN DE SERVICIO ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITOS REGLAMENTO No. 6
 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 OBTENCIONES TORCERAS DE USO INDUSTRIAL
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL PRODUCCIÓN CON UNITE 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 TRÁMITE Y SERVICIOS

CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN
621114	Consultorias de Medicina Especializada del Sector Público.

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

Hospital General de Zapopan SSM016830U83

Colón No. 289 Centro Zapopan

Zapopan Jalisco

Anahuac Cuicahuac 36-33-09-29 36-33-28-93

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Hospital General de Zapopan SSM016830U83

Colón No. 289-5 Centro Zapopan

Zapopan Jalisco


Anahuac Cuicahuac 36-33-09-29 36-33-28-93

07:00	14:00	9	9	10:3
15:00	21:00			

Dr. Jorge Alberto Perez Gomez PEGJ681016HJCRM06

Dr. Jorge Alberto Perez Gomez PEGJ681016HJCRM06

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. Alfredo Bismarck Plascencia Aguilar						R.F.C. PAAA670830219					
C.U.R.P. PAAA670830HJCLGL06		(DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO duermegente@hotmail.com				HORARIO:		D L M J V S DE 08:00 A 14:00			
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														
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="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 Clínica del Dolor						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 REGULACIÓN SANITARIA REGIÓN SANITARIA X								
R.F.C.						R.F.C.								
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA						RAZÓN SOCIAL								
R.F.C.						R.F.C.								
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		
2			5			8			11			14		
3			6			9			12			15		

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "A"

1.- Cocción	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 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"/>		

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 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 FALSIDAD 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, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA COFEPRIS. EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO AL 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.