



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

002494

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL ESTADO 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 <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="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.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 MÓRAL)	
Hospital General de Zapopan	R.F.C. SSM010830U83
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	
Colón No. 289	COLONIA Centro
LOCALIDAD	
Zapopan	DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan
CÓDIGO POSTAL	
4   5   1   0   0	ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco
ENTRE CALLE Y CALLE	
Anahuac	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. 289-10	COLONIA Centro																				
LOCALIDAD																					
Zapopan	DELEGACIÓN O MUNICIPIO Zapopan																				
CÓDIGO POSTAL																					
4   5   1   0   0	ENTIDAD FEDERATIVA Jalisco																				
ENTRE CALLE Y CALLE																					
Anahuac	Cuitlahuac																				
TELÉFONO																					
36-33-09-29	FAX 36-33-28-93																				
HORARIO																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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 style="text-align: center;">07:00</td><td style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">15:00</td><td style="text-align: center;">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	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES
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																					
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	C.U.R.P. PEGJ681016HJCRMRO6																				
CORREO ELECTRONICO																					
aperez@saludzapopan.gob.mx																					
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO																					
Dr. Jorge Alberto Perez Gomez	C.U.R.P. PEGJ681016HJCRMRO6																				
CORREO ELECTRONICO																					
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. Mario Javier Rodríguez Dávila						R.F.C. RCDM640711D68					
CURP RCDM640711HNTDVR07		CORREO ELECTRÓNICO majaroda@hotmail.com		HORARIO		D L X D L M M J J V S OX		07-00		A 13-00	
CONTROL PROFESIONAL DE Medico Cirujano y Partero			TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadalajara			Nº DE CÉDULA PROFESIONAL 1368109					
ESPECIALIDAD DE Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva			TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Dirección General de Profesiones			Nº DE CÍRULA DE LA ESPECIALIDAD AE-07348					
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO  22 OCT. 2013											
EN CASO DE DISPOSICIÓN DE RESPUESTA, INDICAR NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL SISTEMA MONITOR						R.F.C. DEL RESPONSABLE MONITOR EXTERNO					

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INCLUIDOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL											
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO				NOTIFIQUE EN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO USE LA PRIMERA COLUMNA PARA AÑADIR 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"/>		NUEVO <input type="checkbox"/>		YA MODIFICADO <input type="checkbox"/>	
				BAJA <input type="checkbox"/>		BAJA <input type="checkbox"/>					
2) ANTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CORRESPONDE 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 INDIQUA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL INDIQUA				R.F.C. RAZÓN SOCIAL				R.F.C. RAZÓN SOCIAL			
6) 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			
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 CORRESPONDIENDO A LA TABLA "C"				1	4	7	10	13	1	4	7
				2	5	8	11	14	2	5	8
				3	6	9	12	15	3	6	9

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"/>	22 OCT. 2013	
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	FIRMA _____ NOMBRE _____	
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

DE  SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES  A  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 SERAN 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 HABERLOS 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.