

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

NO RUPA

000122

**TRAMITE GRATUITO**

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 ☐

- ☐ FARMACIA HOMEOPÁTICA  
☐ FARMACIA ALOPÁTICA  
☐ BOTICA  
☐ DROGUERIA

SIN VENTA DE MEDICAMENTOS  
CONTROLADOS NI PRODUCTOS  
BIOLÓGICOS

- ☐ 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)

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 SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO  
INDUSTRIAL

- ☐ ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES  
VEGETALES  
☐ 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.

812310

Servicios Funerarios

### 2 DATOS DEL PROPIETARIO:

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

R.F.C.

IJA6002199Y0

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR

COLONIA

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

Av. Magisterio No. 1499-A

Narajiles

Guadalajara

LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

ENTIDAD FEDERATIVA

Entre CALLE

Y CALLE

TELÉFONO

FAX

Tomas de Arriba

Paseo de la Independencia

38195300

### 3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

R.F.C.

IJA6002199Y0

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR

COLONIA

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

Felix Palacios No. 2040

Jardines Alcaide

Guadalajara

LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

ENTIDAD FEDERATIVA

Entre CALLE

Y CALLE

TELÉFONO

FAX

Av. Guaymas

Experiencia

38247682

HORARIO:

24 hrs.

FECHA DE INICIO DE

ACTIVIDADES

26

08

1998

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO

Wendy Elizabeth Gonzalez Perez

PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO



#### 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 type="checkbox"/>   | MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> | BAJA <input type="checkbox"/>             |
| NOMBRE COMPLETO   |   | R.F.C.                                    |
| C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)  | CORREO ELECTRÓNICO                                    | HORARIO: D L M M J V S DE A               |
| CON TÍTULO PROFESIONAL DE   | TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR                       | No. DE CÉDULA PROFESIONAL                 |
| ESPECIALIDAD DE   | TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR                   | No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD          |
| FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO   |   |   |
| 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 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"/>   |   |   |    |    |
| 1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO   | CATEGORIA  |                                   |                            |                             |                                     | CATEGORIA  |   |   |    |    |
| 2) ANOTE LA CATEGORIA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"   | GRUPO <u>Salud Ambiental</u>   |                                   |                            |                             |                                     | GRUPO  |   |   |    |    |
|   | SUBGRUPO   |                                   |                            |                             |                                     | 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<br>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 |

EL PRODUCTOS

| PROCESO               |   | GRUPO   | SUBGRUPO  |
|-----------------------|---|---|---|
| Productos             | Obtención<br>Elaboración<br>Fabricación<br>Preparación<br>Conservación<br>Mezclado<br>Acondicionamiento<br>Envasado<br>Manipulación<br>Transporte a Temperatura Ambiente<br>Transporte a Temperatura de Refrigeración<br>Distribución<br>Expendio o Suministro al Público<br>Almacenamiento a Temperatura Ambiente<br>Almacenamiento a Temperatura de Refrigeración y/o Congelado | Alimentos                                       | Cárnicos<br>Lácteos<br>Conservas de baja acidez<br>Conservas acidificadas<br>Productos de panificación<br>Rastreros y obradores<br>Productos de la pesca frescos y congelados<br>Alimentos congelados<br>Pastas, granos y semillas<br>Tortillas, harina y cereales<br>Azúcar y productos de confitería<br>Tés y productos para infusión<br>Condimentos<br>Suplementos Alimenticios<br>Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas)<br>Huevo y derivados |
|                       |   | Bebidas no alcohólicas                          | Agua purificada<br>Jugos y Néctares<br>Bebidas no carbonatadas<br>Bebidas carbonatadas<br>Gelatinas y bebidas congeladas<br>Bebidas alerzantes (con taurina, cafeína, gluconolactona, etc.)   |
|                       |   | Bebidas alcohólicas                             | Fermentadas<br>Destiladas<br>Preparadas   |
|                       |   | Productos Cosméticos                            | Lociones, perfumes y desodorantes<br>Tintes<br>Productos para los ojos<br>Productos para los labios<br>Cremas, lociones y productos para la cara<br>Cremas, bloqueadores, bronceadores y productos para el cuidado del cuerpo<br>Shampoo y productos para el cuidado del cabello<br>Jabones de tocador y toallas faciales de tocador  |
|                       |   | Productos de Aseo y Limpieza                    | Detergentes (polvo, líquido y pasta)<br>Blanqueadores o agentes oxidantes<br>Aromatizantes<br>Desinfectantes a base de amoníaco   |
|                       |   | Materia Primas                                  | Lácteos y cárnicos<br>Féculas, harinas y derivados<br>Aceites y grasas  |
|                       |   | Expendio y suministro de alimentos              | Corredores Industriales<br>Restaurantes, taquerías, etc.<br>Servicio de banquetes<br>Bares, cantinas, discotecas, etc.<br>Cafeterías  |
|                       |   | Aditivos  | Gelificantes o espesantes<br>Eulcolorantes<br>Colorantes<br>Sabonzantes<br>Antioxidantes<br>Conservadores   |
|                       |   | Tatuajes  | Tatuajes<br>Micropigmentaciones<br>Perforaciones  |
|                       |   | Medicamentos                                    | Medicamentos Alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según tipo de suministro o venta al público)<br>Medicamentos Homeopáticos<br>Medicamentos Herbolarios<br>Medicamentos vitamínicos   |
| Servicios             | Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones   |   |   |
| Insumos para la Salud | Almacenamiento<br>Expendio o suministro al Público<br>Distribución  | Materias Primas para Medicamentos               |   |
|                       | Fabricación<br>Almacenamiento<br>Distribución<br>Expendio o suministro al Público   | Dispositivos Médicos                            | Equipo médico<br>Prótesis, órtesis y ayudas funcionales<br>Agentes de diagnóstico<br>Insumos de uso odontológico<br>Materiales quirúrgicos y de curación<br>Productos Higiénicos  |
| Salud Ambiental       | Almacenamiento<br>Comercialización o Distribución<br>Expendio o suministro al Público   | Remedios Herbolarios                            |   |
|                       |   | Plagucidas                                      | Origen químico<br>Botánicos<br>Microbianos<br>Misceláneos   |
|                       |   | Sustancias Tóxicas                              | Nombre de la sustancia tóxica   |
|                       |   | Precursor Químico y/o Producto Químico Esencial | Nombre del Precursor Químico y/o Producto Químico Esencial  |
|                       |   | Nutrientes Vegetales                            | Orgánicos<br>Inorgánicos  |
|                       |   | Productos con límite de metales pesados         | Cerámica vidriada<br>Juguetes   |



**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"/>       |      |               |

  

|  |  |  |     |     |     |     |   |     |     |     |  |
|--|--|--|-----|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|--|
| 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 DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?

SI ☐

NO ☒

*Wendy Elizabeth González Pérez*  
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL



SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
 REGIÓN SANITARIA 501  
 REGULACIÓN DE ALIMENTOS

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.