

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 PLAGUICIDAS 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

20 FEB 2014

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): Instituto Jaliscoense de Asistencia Social
 R.F.C.: IJA6002199YO
 C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: Av. Magisterio No. 1499-A
 COLONIA: Miraflores
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: Guadalajara

LOCALIDAD: Guadalajara
 CÓDIGO POSTAL: 44260
 ENTIDAD FEDERATIVA: Jalisco

ENTRE CALLE: Tomatepas
 Y CALLE: Privada Naranjo
 TELÉFONO: 38195300
 FAX:

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: Salas de Velación
 R.F.C.: IJA6002199YO

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: Felix Palasciano No. 2040
 COLONIA: Jardines Alcalde
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: Guadalajara

LOCALIDAD: Guadalajara
 CÓDIGO POSTAL: 44290
 ENTIDAD FEDERATIVA: Jalisco

ENTRE CALLE: Av. Granujalacán
 Y CALLE: Esperanza
 TELÉFONO: 38247682
 FAX:

HORARIO: 24 hrs. DE 24 hrs. A A
 FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: 26 08 1998
 DÍA MES AÑO

REPRESENTANTE LEGAL: Wendy Elizabeth González Pérez
 NOMBRE COMPLETO: Wendy Elizabeth González Pérez
 C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL)
 CORREO ELECTRÓNICO:

PERSONA AUTORIZADA: (Empty)
 NOMBRE COMPLETO: (Empty)
 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 MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

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 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

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					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"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	
2) ANOTE LA CATEGORIA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORIA: Salud Ambiental					CATEGORIA:				
	GRUPO:					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 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

	PROCESO	GRUPO	SUBGRUPO		
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a Temperatura Ambiente Transporte a Temperatura de Refrigeración Distribución Expendio o Suministro al Público Almacenamiento a Temperatura Ambiente Almacenamiento a Temperatura de Refrigeración y/o Congelado	Alimentos	Cárnicos Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Rastros y obradores Productos de la pesca frescos y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harina y cereales Azúcar y productos de confitería Té y productos para infusión Condimentos Suplementos Alimenticios Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y derivados		
		Bebidas no alcohólicas	Agua purificada Jugos y Néctares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas alerzantes (con taurina, cafeína, gluconolactona, etc.)		
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas		
		Productos Cosméticos	Lociones, perfumes y desodorantes Tintes Productos para los ojos Productos para los labios Cremas, lociones y productos para la cara Cremas, bloqueadores, bronceadores y productos para el cuidado del cuerpo Shampoo y productos para el cuidado del cabello Jabones de tocador y toallas faciales de tocador		
		Productos de Aseo y Limpieza	Detergentes (polvo, líquido y pasta) Blanqueadores o agentes oxidantes Aromatizantes Desinfectantes a base de amoníaco		
		Materia Primas	Lácteos y cárnicos Féculas, harnas y derivados Aceites y grasas		
		Expendio y suministro de alimentos	Corredores Industriales Restaurantes, taquerías, etc. Servicio de banquetes Bares, cantinas, discotecas, etc. Cafeterías		
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Edulcorantes Colorantes Sabonzantes Antioxidantes Conservadores		
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Micropigmentaciones Perforaciones
		Insumos para la Salud	Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución	Medicamentos	Medicamentos Alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según tipo de suministro o venta al público) Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbolarios Medicamentos vitamínicos
Materias Primas para Medicamentos					
Insumos para la Salud	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público	Dispositivos Médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Insumos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de curación Productos Higiénicos		
		Remedios Herbolarios			
Salud Ambiental	Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público	Plagucidas	Origen químico Botánicos Microbianos 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 Inorgánicos		
Salud Ambiental		Productos con límite de metales pesados	Cerámica vidriada 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 101
 REGULATORIO 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.