

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

NO. RUPA

00121

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.)

812310

DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.

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

Instituto Jaliscoense de Asistencia Social

COLONIA

Miraflores

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

Guadalupe

LOCALIDAD

Guadalupe

CÓDIGO POSTAL

4142610

ENTIDAD FEDERATIVA

Jalisco

ENTRE CALLE

Temavillas

Y CALLE

Privada Nueva León

TELÉFONO

38195300

FAX

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Datos de Velación

R.F.C.

IJA6002199Y0

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR

Diego Cuentas No. 725

COLONIA

San Isidro

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

Guadalupe

LOCALIDAD

Guadalupe

CÓDIGO POSTAL

4147410

ENTIDAD FEDERATIVA

Jalisco

ENTRE CALLE

Pablo Valdez

Y CALLE

Esteban Alvarado

TELÉFONO

36553604

FAX

HORARIO:

24 hrs

FECHA DE INICIO DE
ACTIVIDADES

DÍA

26

MES

08

AÑO

98

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE COMPLETO

Wendy Elizabeth González Pérez

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO

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

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 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"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"		CATEGORÍA					CATEGORÍA				
		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		1 4 7 10 13					1 4 7 10 13				
MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"		2 5 8 11 14					2 5 8 11 14				
		3 6 9 12 15					3 6 9 12 15				

CATEGORÍA DEL PRODUCTOS

CATEGORÍA	PROCESO	GRUPO	SUBGRUPO
Productos	<p>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</p>	Alimentos	<p>Cárnicos Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Rastreros y obradores Productos de la pesca frescos y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harina y cereales Azúcar y productos de confitería Tés y productos para infusión Condimentos Suplementos Alimenticios Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y derivados</p>
		Bebidas no alcohólicas	<p>Agua purificada Jugos y Néctares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas alerzantes (con taurina, cafeína, gluconolactona, etc.)</p>
		Bebidas alcohólicas	<p>Fermentadas Destiladas Preparadas</p>
		Productos Cosméticos	<p>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</p>
		Productos de Aseo y Limpieza	<p>Detergentes (polvo, líquido y pasta) Blanqueadores o agentes oxidantes Aromatizantes Desinfectantes a base de amoniaco</p>
		Materia Primas	<p>Lácteos y cárnicos Féculas, harinas y derivados Aceites y grasas</p>
		Expendio y suministro de alimentos	<p>Corredores Industriales Restaurantes, taquerías, etc. Servicio de banquetes Bares, cantinas, discotecas, etc. Cafeterías</p>
		Aditivos	<p>Gelificantes o espesantes Eulcolorantes Colorantes Sabonizantes Antioxidantes Conservadores</p>
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	<p>Tatuajes Micropigmentaciones Perforaciones</p>
Insumos para la Salud	<p>Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución</p>	Medicamentos	<p>Medicamentos Alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según tipo de suministro o venta al público) Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbolarios Medicamentos vitamínicos</p>
	<p>Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público</p>	Dispositivos Médicos	<p>Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Insumos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de curación Productos Higiénicos</p>
		Remedios Herbolarios	
Salud Ambiental	<p>Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público</p>	Plagucidas	<p>Origen químico Botánicos Microbianos Misceláneos</p>
		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	<p>Orgánicos Inorgánicos</p>
		Productos con límites de metales pesados	<p>Cerámica vidriada Juguetes</p>

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 FALSEDADE DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?

SI

☐

NO

☒

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 EN LA AGENCIA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224