

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

NO RUPA

001164

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 MÁQUINA O COMPUTADORA

## 1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO	<input checked="" 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"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA  <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA  <input type="radio"/> BOTICA  <input type="radio"/> DROGUERIA                 </div> <div>                     SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS                 </div> <div> <input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS  <input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS  <input type="radio"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS                 </div> <div> <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)                 </div> </div>							
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS  <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEJOS Y ACCESORIOS  <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS  <input checked="" type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL                 </div> <div> <input type="radio"/> CONSULTORIO  <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL  <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN, FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)                 </div> </div>							
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <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                 </div> <div> <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES  <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS                 </div> </div>							

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.SGOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
623311	Asilo y otras residencias del sector privado para el cuidado del anciano.

## 2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
Instituto Jaliscoense de Asistencia Social		IJA6002199YO	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
Avenida Magisterio #1499-A			
LOCALIDAD	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Guadalajara	Miraflores	Guadalajara	
ENTRE CALLE	CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
Tamaulipas	4412610	Jalisco	
Y CALLE	TELÉFONO	FAX	
Paseo Nueva León	013338195300		

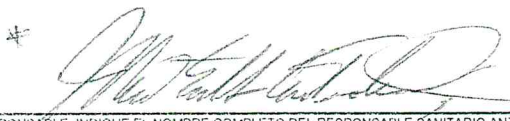
## 3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
Asilo (ITAS) Leonidas K. Demos		IJA6002199YO	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
Mariano Jiménez #249		Guadalajara	
LOCALIDAD	COLONIA	ENTIDAD FEDERATIVA	
Guadalajara	La Perla	Jalisco	
ENTRE CALLE	CODIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX
Josefa Ortiz de Domínguez	4413610	013336185497	
Y CALLE	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		
Doroteo Rodríguez	19 06 1991		
HORARIO	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		
DE 9:00 A 19:00	19 06 1991		
REPENSAMIENTO	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)

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 <b>María Esther Quintanilla Díaz</b>		R.F.C.	
C.U.R.P. <b>QUDECCCG12MJCNZ504</b>	(DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO <b>esther.quintanilla@h3e.gal</b>	HORARIO: D <input checked="" type="checkbox"/> L <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> DE <b>9:00</b> A <b>18:00</b>
CON TÍTULO PROFESIONAL DE <b>Trabaja Social</b>		TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR <b>Secretaría de Educación Pública</b>	
ESPECIALIDAD DE		No. DE CÉDULA PROFESIONAL <b>1411812</b>	
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 		No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD	
EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR <b>Dr. Arturo Sánchez Tegeda</b>		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.																															
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>PRODUCTO O SERVICIO</b>            NUEVO <input type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/> </div> <div> <b>PRODUCTO O SERVICIO</b>            NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/> </div> </div>																															
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"		CATEGORÍA <b>Servicios para la Salud</b> GRUPO <b>Asistencia Social</b> SUBGRUPO <b>Asilo</b>																															
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. 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																															
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO		NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>																															
8) MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"		<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td> <td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td> <td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td> <td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td> </tr> </table>		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
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																								

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

TABLA "B" CATEGORIA DEL PRODUCTOS

CATEGORIA	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 Pastos y molidos 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
		Bebidas no alcohólicas	Agua purificada Jugos y Néctares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas alertantes (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, harinas 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 Saborizantes 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	
	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	Plaguicidas	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
		Productos con límite de metales pesados	Cerámica vidriada Juguetes Artículos escolares Otros



# 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 checked="" type="checkbox"/>	C.P. 44400	C.P. 44360
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>
<div> <div>DÍA</div> <div>MES</div> <div>AÑO</div> </div>	<div> <div>DÍA</div> <div>MES</div> <div>AÑO</div> </div>	<div> <div>DÍA</div> <div>MES</div> <div>AÑO</div> </div>

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 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 FALSEDADE 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

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 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.