

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS



AVISO DE FUNCIONAMIENTO, DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE MODIFICACIÓN

NO. R.U.P.A.

000071

**SALUD**

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

**1. SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:**

AVISO DE FUNCIONAMIENTO  AVISO DE RESPONSABLE  AVISO DE MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS DEL ESTABLECIMIENTO  AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE INSUMOS PARA LA SALUD

FARMACIAS, BOTICAS Y DROGUERIAS (SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS)   
  FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS   
  ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS   
  ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS  
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS   
  CONSULTORIOS  
 COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS   
  CLÍNICAS DENTALES  
 LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS   
  AMBULANCIAS (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)  
 SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMBIENTAL

ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR DE PLAGUICIDAS  
 ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL  
 ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN O COMERCIALIZAN AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES

| CLAVE (S.C.I.A.N.) | DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.   |
|--------------------|--|
| 023991             | ORFANATOS Y OTRAS RESIDENCIAS DE ASISTENCIA SOCIAL DEL SECTOR PRIVADO. |

|   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)<br>HOGAR DEL NIÑO DESPROTEGIDO SAN ISIDRO A.C. |                          | R.F.C.<br>HND961016346           |
| CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR<br>ESCOBEDO #54  |                          | C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)         |
| LOCALIDAD<br>AUTLAN   | COLONIA<br>CENTRO        | DELEGACIÓN O MUNICIPIO<br>AUTLAN |
| ENTRE CALLE<br>MORELOS  | CÓDIGO POSTAL<br>4891010 | ENTIDAD FEDERATIVA<br>JALISCO    |
| Y CALLE<br>R. CORONA  | TELÉFONO<br>3823114      | FAX                              |

|  |                                  |                                  |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO<br>HOGAR DEL NIÑO DESPROTEGIDO SAN ISIDRO A.C. |                                  | RFC<br>HND961016346              |
| CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR<br>PROLONGACION JOSE MARIA MARTINEZ #1        |                                  | C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)         |
| LOCALIDAD<br>AUTLAN  | COLONIA<br>FRENTE A LA INFONAVIT | DELEGACIÓN O MUNICIPIO<br>AUTLAN |
| ENTRE CALLE  | CÓDIGO POSTAL<br>4819010         | ENTIDAD FEDERATIVA<br>JALISCO    |
| Y CALLE<br>FRENTE A INFONAVIT  | TELÉFONO<br>3821380              | FAX                              |

|                                     |   |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |                                |   |     |      |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|--------------------------------|---|-----|------|
| HORARIO:                            | <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>A</td> </tr> </table> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | D | L | M | M | J | V | S | A | DE 24 HORAS AL DIA | FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES | 5 | JUL | 2008 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |                                |   |     |      |
| D                                   | L   | M                                   | M                                   | J                                   | V                                   | S                                   | A                                   |                                     |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |                                |   |     |      |
|                                     |   | DE                                  | DÍA                                 | MES                                 | AÑO                                 |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |                    |                                |   |     |      |

|   |        |                          |                                  |
|---|--------|--------------------------|----------------------------------|
| REPRESENTANTE LEGAL<br>MARIA GUADALUPE RAMOS BEAS | NOMBRE | C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) | CORREO ELECTRÓNICO<br>mggramw12@ |
|---|--------|--------------------------|----------------------------------|

|  |        |                          |                    |
|--|--------|--------------------------|--------------------|
| PERSONA AUTORIZADA<br>Esther Michel Regalado | NOMBRE | C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) | CORREO ELECTRÓNICO |
|--|--------|--------------------------|--------------------|



**TABLA "B"**

- |                 |                       |   |  |
|-----------------|-----------------------|---|--|
| 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                             |  |

PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON UNO O MÁS DE CUALQUIER TIPO DE MODIFICACIÓN, SELECCIONE LA(S) MODIFICACIÓN(ES) QUE DESEE REALIZAR. EN SEQUENCIA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DECIR" LOS DATOS 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 checked="" type="checkbox"/>                                 | ESCOBEDO # 54                                    | PROLONGACION JOSE MA. MARTINEZ # 1                           |     |   |     |     |     |   |     |     |     |
| RFC <input type="checkbox"/>  |  |  |     |   |     |     |     |   |     |     |     |
| DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>                             |  |  |     |   |     |     |     |   |     |     |     |
| CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>   |  |  |     |   |     |     |     |   |     |     |     |
| CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS) <input type="checkbox"/> |  |  |     |   |     |     |     |   |     |     |     |
| HORARIO <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>                  | DÍA  | MES  | AÑO | A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> | 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 EL NÚMERO DE CAMPOS O ANEXAR HOJA CON MODIFICACIONES.

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGURESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS

000071

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

*M. Guadalupe Tamas Beas*  
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO

RECIBIDO  
 13:10

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-886-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS 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.