



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

NO. RUPA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS
LLENAR CON LETRA DE MÓLDE LEGIBLE O A MÁQUINA O COMPUTADORA

241P

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 DEL 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
 FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS

FARMACIA ALOPÁTICA
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)

BOTICA
 FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS

DROGUERÍA
 SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS
 CONSULTORIO

COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS
 CONSULTORIO DENTAL

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
 AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)

SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

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 NUTRIENTES VEGETALES

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL
 PRODUCTOS CON LIMITE 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.
621113	consultorios de medicina especializada del sector privado

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **Reangel S.C.**

R.F.C.: **REA 060804 850**

C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Lacandones 476**

COLONIA: **Fraccionamiento Monraz**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Guadalajara**

LOCALIDAD: **Guadalajara**

CODIGO POSTAL: **44670**

ENTIDAD FEDERATIVA: **Jalisco**

ENTRE CALLE: **Mayas**

Y CALLE: **Toltecas**

TELÉFONO: **(33) 36400153**

FAX:

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **Reangel**

R.F.C.: **REA 060804 850**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **Lacandones 476**

COLONIA: **Fraccionamiento Monraz**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **Guadalajara**

LOCALIDAD: **Guadalajara**

CODIGO POSTAL: **44670**

ENTIDAD FEDERATIVA: **Jalisco**

ENTRE CALLE: **Mayas**

Y CALLE: **Toltecas**

TELÉFONO: **(33) 36400153**

FAX:

HORARIO:

D	L	M	X	M	X	J	V	X	S	DE	8am	A	7pm	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	21	11	2001
D	L	M	M	J	V	S	X	DE	8am	A	2pm						

REPRESENTANTE LEGAL: **Miguel Angel Torres Torres**

C.U.R.P.: **TOTM 650428 HJCRR609**

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO: **administracion@reangel.com.mx**

PERSONA AUTORIZADA: **Maria de Lourdes Salazar Arzola**

C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO: **reangel.sur@gmail.com**

DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

Características	Ambulancia de Cuidados Intensivos	Ambulancia de Urgencias	Ambulancia de Traslados
MARCA			2418
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:
EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS

ALTA

MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN

BAJA

NOMBRE COMPLETO Miguel Angel Torres Torres		R.F.C. TOTM 650428 556	
C.U.R.P. TOTM650428HJCR609	(DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO administracion@reangel.com.mx	HORARIO: D L <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> S DE 8am A 7pm
CON TÍTULO PROFESIONAL DE Médico Cirujano y Partero	TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR Universidad de Guadaluajara	No. DE CÉDULA PROFESIONAL 1548241	
ESPECIALIDAD DE Medicina física y de rehabilitación	TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Instituto Mexicano del Seguro Social Universidad Nacional Autónoma de México	No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD Ventanilla: 62.49590	
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 			
EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR 8:00 a 19:00		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR 16:14	

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 NUEVO <input type="radio"/> A MODIFICAR <input checked="" type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>	PRODUCTO O SERVICIO 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 Servicios de salud	CATEGORIA
	GRUPO consultorio de especialidad	GRUPO
	SUBGRUPO Medicina física de rehabilitación	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) 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

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

- | | | |
|-----------------------|---|--|
| 5.- Conservación | 9.- Manipulación | 13.- Almacenamiento a temperatura ambiente |
| 6.- Mezclado | 10.- Transporte a temperatura ambiente | 14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelado |
| 7.- Acondicionamiento | 11.- Transporte a temperatura de refrigerador | 15.- Expendio o suministro al público |
| 8.- Envasado | 12.- Distribución | |

2918

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 checked="" type="checkbox"/>	Miguel Angel Torres Torres	Reangel S.C
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
R.F.C. <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input checked="" type="checkbox"/>	Ricardo Palima 2133 Interior 3	Lacandures 476
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" style="display: inline-table; width: 100px; text-align: center;"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; text-align: center;"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; text-align: center;"> <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 SERAN LOS UTILIZADOS EN LOS TRAMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGURESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS.

DECLARO BAJO PRÓTESTA 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

Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Quintana Roo
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
 Miguel Angel Torres Torres

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.