

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-02
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de ingreso
27 JUN 2010

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexas.
Llene con letra de molde legible o a máquina o a computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: <u>Cofeprio 05-036</u>	Nombre: <u>Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.</u>
Modalidad: <u>Alta</u>	

2. Datos del propietario

Persona física
RFC: <u>LOHH 820902 LMG</u>
CURP (opcional): <u>LOHM 820902 HHCP LN 05</u>
Nombre(s): <u>Manuel Francisco</u>
Primer apellido: <u>López</u>
Segundo apellido: <u>Melgar</u>
Lada: <u>443</u>
Teléfono: <u>2 57 30 20</u>
Extensión:
Correo electrónico: <u>unocencillocospejo2@gmail.com</u>
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: <u>58 280</u>
Tipo y nombre de vialidad: <u>Calle Prudenciano Darantes</u> <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otras.)</small>
Número exterior: <u>61</u> Número interior: <u>69</u>
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <u>Colonia Nueva Chapultepec</u> <u>Sur</u> <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>

Localidad: <u>Morelia</u>
Municipio o alcaldía: <u>Morelia</u>
Entidad Federativa: <u>Michoacán</u>
Entre vialidad (tipo y nombre): <u>Calle Santos Degollado</u>
Y vialidad (tipo y nombre): <u>Boulevard García de León</u>
Validad posterior (tipo y nombre): <u>Calle Gobernador Juan B.C.</u>
Lada:
Teléfono: <u>3 24 68 96</u>
Extensión:

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

3. Datos del establecimiento

RFC: LOMH820902LH2 Denominación o razón social: Consultorio de Medicina Integrativa

Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN	Descripción del SCIAN
621398	Otros consultorios del sector privado para el cuidado de la salud.

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

Horario de operaciones

D	L	M	M	J	V	S	de	09:00 HH:MM	a	15:00 HH:MM		
D	L	M	M	J	V	S	de	17:00 HH:MM	a	19:00 HH:MM		
Fecha de inicio de operaciones:								21 DD	/	11 MM	/	2011 AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: 58280

Tipo y nombre de vialidad:
Calle Rudenciano Dorantes
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: 61 Número interior: 65

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
Colonia Nueva Chapultepec.
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: Morelia

Municipio o alcaldía: Morelia.

Entidad Federativa: Michoacan.

Entre vialidad (tipo y nombre): Calle Santos Degollada

Y vialidad (tipo y nombre): Boulevard García de León

Vialidad posterior (tipo y nombre): Calle Gobernadora Juan B. C.

Lada:

Teléfono: 3 24 68 96

Extensión:

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s): Manuel Francisco

Primer apellido: López

Segundo apellido: Melgar

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

En caso de modificar los datos del responsable sanitario utilice la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna	Segunda columna																																												
<input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar	<input type="radio"/> Ya modificado																																												
RFC: 1044820902 LMG	RFC:																																												
CURP (opcional):	CURP (opcional):																																												
Nombre(s): Manuel Francisco	Nombre(s):																																												
Primer apellido: López	Primer apellido:																																												
Segundo apellido: Melgar	Segundo apellido:																																												
Lada: 443	Lada:																																												
Teléfono: 2 57 30 20	Teléfono:																																												
Extensión:	Extensión:																																												
Correo electrónico: unmercilbospejo2@gmail.com	Correo electrónico:																																												
Con título profesional de: Medico Cirujano y Parto	Con título profesional de:																																												
Título profesional expedido por: U. H. S. N. H.	Título profesional expedido por:																																												
Número de cédula profesional: 6943483	Número de cédula profesional:																																												
Con especialidad de:	Con especialidad de:																																												
Título de especialidad expedido por:	Título de especialidad expedido por:																																												
Número de cédula de la especialidad:	Número de cédula de la especialidad:																																												
Horario de operaciones	Horario de operaciones																																												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">L</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">J</td><td style="text-align: center;">V</td><td style="text-align: center;">S</td> <td style="text-align: center;">de</td> <td style="text-align: center;">09:00 <small>HH: MM</small></td> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">15:00 <small>HH: MM</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	D	L	M	M	J	V	S	de	09:00 <small>HH: MM</small>	a	15:00 <small>HH: MM</small>	X	X	X	X	X	X	X					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">L</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">J</td><td style="text-align: center;">V</td><td style="text-align: center;">S</td> <td style="text-align: center;">de</td> <td style="text-align: center;">HH: MM</td> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">HH: MM</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	D	L	M	M	J	V	S	de	HH: MM	a	HH: MM	X	X	X	X	X	X	X				
D	L	M	M	J	V	S	de	09:00 <small>HH: MM</small>	a	15:00 <small>HH: MM</small>																																			
X	X	X	X	X	X	X																																							
D	L	M	M	J	V	S	de	HH: MM	a	HH: MM																																			
X	X	X	X	X	X	X																																							
Firma del responsable sanitario	Firma del responsable sanitario:																																												
																																													
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja	Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización																																												

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).
En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio	Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja	1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría:	2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría:

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



COFOPRES
Comisión Federal de Protección de Riesgos Sanitarios

Cofepris

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

Suspensión de actividades

Reinicio de actividades

Baja definitiva del establecimiento

De

DD / MM / AAAA

A

DD / MM / AAAA

Fecha

DD / MM / AAAA

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados.

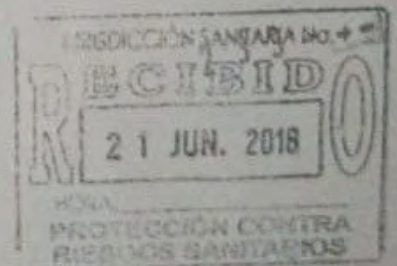
Declaro bajo protesta decir verdad que cumpro con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos? Sí No

Manuel Francisco López Melgar

Nombre completo y firma autógrafa 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 la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al 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.



MEXICO



COFEPRIS

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles,
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810

Teléfono 01-800-033-5050

contacto@cofepris.gob.mx