



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 LÍPIDA 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 checked="" type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DROGUERÍA	SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS	<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<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)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/>			
<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 type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	<input type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)		
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>			
<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	<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> 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.COFEPRISS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.		
325610	Fabricación de jabones, limpiadores y dentríficos (sólo para jabones y limpiadores)		

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
Grupo Aguaviento, S.A. de C.V.		GAG971211 UC7	
		C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
AV. Tezozomoc # 94	San Miguel Amantla	Azcapotzalco	
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
No aplica	0 2 7 0 0	Distrito Federal	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
AV. Nextengo	Calle Cantemec	53-61-54-19	53-65-81-44

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
Grupo Aguaviento, S.A. de C.V.		GAG971211 UC7	
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
Carretera Las Animas Coyotepec kilómetro 3.7		La Era	Teoloyucan
LOCALIDAD		CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
No aplica		5 4 7 7 0	Estado de México
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
Avenida del Puente	Avenida Chapultepec	01593 9144901/02/04	01593 9144905
HORARIO:	DE	A	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES
D X X X X X X X DE	08:00 a.m.	A 18:00	11 12 1997 DIA MES AÑO
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO
Yves Carlos Porraz Gómez		POGY631010HDFRMV00	yvesp@aguaviento.com
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO
José Francisco Luna Alanís		LUAUF91004HMCNLR02	francisco791004@hotmail.com

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 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
									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="checkbox"/> A MODIFICAR <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>					NUEVO <input checked="" type="checkbox"/> YA MODIFICADO <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"				CATEGORÍA Productos					CATEGORÍA Productos				
				GRUPO Productos de Aseo y Limpieza					GRUPO Productos de Aseo y Limpieza				
				SUBGRUPO Detergentes (polvo, líquido y pasta)					SUBGRUPO Detergentes (polvo, líquido y pasta)				
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO				Desinfectante en gel					Pre lavador de frutas y verduras				
4) MARCA COMERCIAL				DESINFEKT - G					PRE WASH				
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													
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO				NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				
8) PROCESO				1	X	7	10	13	1	X	7	10	13
MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"				X	5	X	11	14	X	5	X	11	14
				3	X	9	12	15	3	X	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.