

# AVISO DE FUNCIONAMIENTO

---

FORMATO DE AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y  
DE RESPONSABLE SANITARIO Y DE  
MODIFICACIÓN O BAJA

## AVISO DE FUNCIONAMIENTO

- ❖ Obligación Administrativa que tienen los particulares de informar a la Autoridad Sanitaria, de su existencia con las actividades y productos que maneja.

(Art. 200 Bis y 202 de la L.G.S.)

- ❖ Actividades (D.O.F. 23 de octubre de 2012)
  - \* Productos
  - \* Servicios
  - \* Insumos para la Salud
  - \* Servicios de Salud
  - \* Salud Ambiental

# EJEMPLO


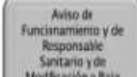

---

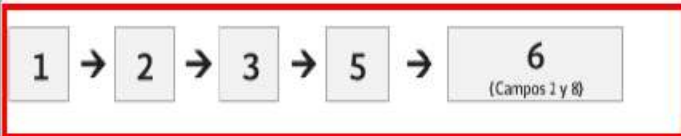
**ALTA DE AVISO DE FUNCIONAMIENTO  
DE SALUD AMBIENTAL**

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-023 Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de salud ambiental.

Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	
	 	No requiere pago	No aplica	ARTÍCULOS 200, 200 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD.	

Campos a llenar del formatoRequisitos documentales

- ❖ Original y copia simple legible del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja", debidamente requisitado.
- ❖ En caso de Personas Morales:
  - » Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal.
  - » Copia legible de identificación oficial del representante legal. (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
  - » Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- ❖ En caso de Personas Físicas:
  - » Copia legible de identificación oficial del propietario. (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
  - » Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).

**gob.mx**

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

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 a computadora.

El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: **COFEPRIS-05-023**

Nombre: **AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL**

Modalidad:

2. Datos del propietario

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC: <b>CDC 0502017CU</b>
CURP (opcional):	Denominación o razón social: <b>COMERCIALIZADORA DEL CENTRO, S.A. DE C.V.</b>
Nombre(s):	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
Primer apellido:	RFC: <b>GUJV781102TT2</b>
Segundo apellido:	CURP (opcional):
Lada:	Nombre(s): <b>JORGE</b>
Teléfono:	Primer apellido: <b>GUTIERREZ</b>
Extensión:	Segundo apellido: <b>VELAZQUEZ</b>
Correo electrónico:	Lada: <b>01 55</b>
	Teléfono: <b>5245 0000</b>
	Extensión: <b>1014</b>
	Correo electrónico: <b>jorgegv@cdc.com</b>

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: <b>03810</b>	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad: <b>CALLE FILADELFIA</b> <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Municipio o alcaldía: <b>BENITO JUAREZ</b>
Número exterior: <b>8</b> Número interior: <b>PISO 4</b>	Entidad Federativa: <b>CIUDAD DE MEXICO</b>
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <b>COLONIA NAPOLES</b> <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	Entre vialidad (tipo y nombre): <b>CALLE OKLAHOMA</b>
	Y vialidad (tipo y nombre): <b>CALLE ARKANSAS</b>
	Vialidad posterior (tipo y nombre): <b>CALLE LUOISIANA</b>
	Lada: <b>01 55</b>
	Teléfono: <b>5245 0000</b>
	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)”***

3. Datos del establecimiento

RFC: <b>CDC 0502017CU</b>	Denominación o razón social: <b>COMERCIALIZADORA DEL CENTRO, S.A. DE C.V.</b>
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
<b>339930</b>	<b>Fabricación de juguetes (Incluye importadores)</b>
<b>339940</b>	<b>Fabricación de artículos y accesorios para escritura, pintura, dibujo y actividades de oficina (Sólo fabricación de artículos y accesorios para escritura, pintura y dibujo)</b>

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

Horario de operaciones										
D	S	M	MA	J	V	S	de	<b>08:00</b> HH: MM	a	<b>18:00</b> HH: MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH: MM	a	HH: MM
Fecha de inicio de operaciones:		<b>15</b> DD	/	<b>01</b> MM	/	<b>2017</b> AAAA				

Domicilio del establecimiento

Código postal: <b>55763</b>	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad: <b>BOULEVARD JUAN NAVARRETE</b> <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Municipio o alcaldía: <b>TECAMAC</b>
Número exterior: <b>90</b>	Entidad Federativa: <b>ESTADO DE MEXICO</b>
Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre): <b>CALLE ANTONIO CASO</b>
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <b>COLONIA LOS HEROES</b> <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	Y vialidad (tipo y nombre): <b>AVENIDA JOSE AVILA</b>
	Vialidad posterior (tipo y nombre): <b>CALLE JUAN SALVADOR AGRAZ</b>
	Lada: <b>01 55</b>
	Teléfono: <b>5245 0000</b>
	Extensión:

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

Representante legal	Persona autorizada
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s): <b>JORGE</b>	Nombre(s):
Primer apellido: <b>GUTIERREZ</b>	Primer apellido:
Segundo apellido: <b>VELAZQUEZ</b>	Segundo apellido:
Lada: <b>01 55</b>	Lada:
Teléfono: <b>5245 0000</b>	Teléfono:
Extensión: <b>1014</b>	Extensión:
Correo electrónico: <b>jorgegv@cdc.com</b>	Correo electrónico:


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

5. Datos del responsable sanitario (excepto para productos y servicios)

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.

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											
<input checked="" type="radio"/>	Alta	<input type="radio"/>	Baja	<input type="radio"/>	A modificar						
RFC:		GUVJ781102TT2									
CURP (opcional):											
Nombre(s):		JORGE									
Primer apellido:		GUTIERREZ									
Segundo apellido:		VELAZQUEZ									
Lada:		01 55									
Teléfono:		5245 0000									
Extensión:		1014									
Correo electrónico:		jorgegv@hdc.com									
Con título profesional de:											
Título profesional expedido por:											
Número de cédula profesional:											
Con especialidad de:											
Título de especialidad expedido por:											
Número de cédula de la especialidad:											
Horario de operaciones											
D	L	M	M	J	V	S	de	10:00	a	16:00	
								HH : MM		HH : MM	
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM	
								HH : MM		HH : MM	
Firma del responsable sanitario											
											
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja											

Segunda columna											
<input type="radio"/>	Ya modificado										
RFC:											
CURP (opcional):											
Nombre(s):											
Primer apellido:											
Segundo apellido:											
Lada:											
Teléfono:											
Extensión:											
Correo electrónico:											
Con título profesional de:											
Título profesional expedido por:											
Número de cédula profesional:											
Con especialidad de:											
Título de especialidad expedido por:											
Número de cédula de la especialidad:											
Horario de operaciones											
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM	
								HH : MM		HH : MM	
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM	
								HH : MM		HH : MM	
Firma del responsable sanitario:											
											
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: <b>SALUD AMBIENTAL</b>	2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría: <b>SALUD AMBIENTAL</b>
Grupo: <b>PRODUCTOS CON LIMITES DE METALES PESADOS</b>	Grupo: <b>PRODUCTOS CON LIMITES DE METALES PESADOS</b>
Subgrupo: <b>JUGUETES</b>	Subgrupo: <b>ARTICULOS ESCOLARES</b>
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:	3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
4) Marca comercial del producto:	4) Marca comercial del producto:
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> <b>Persona física</b>	5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> <b>Persona física</b>

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:

Nacional       Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:

Nacional       Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

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, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?

Sí

No



**JORGE GUTIERREZ VELAZQUEZ**

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**.