

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
200201536X0325

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-05-036	Nombre: Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud
Modalidad:	

2. Datos del propietario

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Correo electrónico:

Persona moral
RFC: IEM031125AX7
Denominación o razón social: INSTITUTO EDUCATIVO DE MEXICALI, ASOCIACION CIVIL
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: RUYA710324TK8
CURP (opcional): RUYA710324HBCLXN04
Nombre(s): ANDRES DANIEL
Primer apellido: RUELAS
Segundo apellido: YAÑEZ
Lada: 686
Teléfono: 5664000
Extensión: 107
Correo electrónico: adruelas@ceu16.edu.mx



Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 21370	
Tipo y nombre de vialidad: Calzada Benito Juarez	
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior: 4523	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: MAESTROS FEDERALES	

Localidad: Mexicali
Municipio o alcaldía: Mexicali
Entidad Federativa: Baja California
Entre vialidad (tipo y nombre): Calzada Benito Juarez
Y vialidad (tipo y nombre): Avenida Magisterio
Vialidad posterior (tipo y nombre): Calle Esteban Cantu
Lada: 686
Teléfono: 56640000

"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

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Extensión:

3. Datos del establecimiento

RFC: IEM031125AX7

Denominación o razón social: INSTITUTO EDUCATIVO DE MEXICALI, ASOCIACION CIVIL

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

621910

Servicios de ambulancias

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 00:00 a 24:00
HH:MM HH:MM

D L M M J V S de HH:MM a HH:MM

Fecha de inicio de operaciones: 16 04 2020
DD MM AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal:

21370

Tipo y nombre de vialidad:

Calzada Benito Juarez

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: 4523

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

Maestros Federales

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: Mexicali

Municipio o alcaldía:

Mexicali

Entidad Federativa: Baja

California

Entre vialidad (tipo y nombre):

Calzada Benito Juarez

Y vialidad (tipo y nombre):

Avenida Magisterio

Vialidad posterior (tipo y nombre):

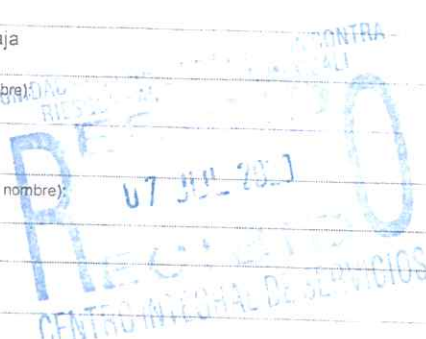
Calle Esteban Cantu

Lada: 686

Teléfono:

5664000

Extensión:



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

Representante legal

CURP (opcional): PAMA941016HBCLDN05

Nombre(s): ANGEL

Primer apellido: PALOMARES

Segundo apellido: MEDINA

Lada: 686

Teléfono: 1921481

Extensión:

Correo electrónico: Angel.palomares@ceu16.edu.mx

Persona autorizada

CURP (opcional): CAAT670109MSRRLR02

Nombre(s): TERESITA ARCELIA

Primer apellido: CARRANZA

Segundo apellido: ALCANTAR

Lada: 686

Teléfono: 1355373

Extensión:

Correo electrónico: teresita.carranza@prepa16.edu.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Representante legal
CURP(opcional): TAMS620414HBCNNR07
Nombre(s): SERGIO ARNULFO
Primer apellido: TANAVE
Segundo apellido: MANRIQUEZ
Lada: 686
Teléfono: 1694130
Extensión:
Correo electrónico: sertalaman168@hotmail.com

Persona autorizada
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Representante legal
CURP(opcional): AAAE971130HBCNRZ00
Nombre(s): EZEQUIEL
Primer apellido: ANDRADE
Segundo apellido: ARVIZU
Lada: 686
Teléfono: 2031683
Extensión:
Correo electrónico: ezequielkasz@hotmail.com

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.

4. Datos de la ambulancia

Seleccione el tipo de unidad móvil.

En caso de alta o baja de la ambulancia utilice la primera tabla.

En caso de modificar los datos de la ambulancia utilice la primera tabla para anotar los datos actuales y la segunda tabla para los datos ya modificados.

Primera tabla			
<input type="radio"/> Aérea		<input type="radio"/> Marítima	
<input checked="" type="radio"/> Alta		<input type="radio"/> A modificar	
<input type="radio"/> Baja		<input checked="" type="radio"/> Terrestre	
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca		Ford	
Modelo		Transit	
Número de placas		AK-3313-A	
Número de motor		WFORS4HP4 CJA37576X1	

Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea		<input type="radio"/> Marítima	
<input type="radio"/> Ya modificado		<input type="radio"/> Terrestre	
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

RECIBIDO

07 JUL 2020

RECIBIDO

CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Alta Baja A modificar

RFC: CAAT6701097D6

CURP (opcional): CAAT670109MSRRLR02

Nombre(s): TERESITA ARCELIA

Primer apellido: CARRANZA

Segundo apellido: ALCANTAR

Lada: 686

Teléfono: 1355373

Extensión:

Correo electrónico: teresita.carranza@prepa16.edu.mx

Con título profesional de: Licenciatura en Medicina

Título profesional expedido por: Universidad Autónoma de Baja California

Número de cédula profesional: 3213176

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	00:00	a	24:00
								HH:MM		HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de		a	
								HH:MM		HH:MM

Firma del responsable sanitario



Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja

Segunda columna

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:

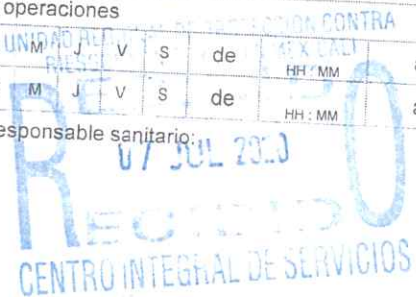
Título de especialidad expedido por:

Número de cédula de la especialidad:

Horario de operaciones

D	L	M	M	J	V	S	de		a	
								HH:MM		HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de		a	
								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

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Nuevo A modificar Baja

Producto o Servicio

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Nuevo Ya modificado Baja

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:
Servicios de Salud

Grupo:
Ambulancia

Subgrupo: Traslado, Urgencias Básicas

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Grupo:

Subgrupo:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

COMISIÓN FEDERAL DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
RECIBIDO
 07 JUL 2020
RECIBIDO
 CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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.

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	

Tabla "A" Proceso

- | | | | |
|----------------|----------------------|---|---|
| 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 congelación |
| 3. Fabricación | 7. Acondicionamiento | 11. Transporte a temperatura de refrigeración | 15. Expendio o suministro al público |
| 4. Preparación | 8. Envasado | 12. Distribución | |

7. Modificación o actualización de datos para establecimientos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.

En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.

En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación

Dice

Debe decir

Persona física

Persona física

RFC:

RFC:

CURP (opcional):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Nombre(s):

Primer apellido:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Lada:

Teléfono:

Teléfono:

Extensión:

Extensión:

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Persona moral

Persona moral

RFC:

RFC:

Denominación o razón social:

Denominación o razón social:

Datos del Propietario

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	
Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Datos del establecimiento	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Denominación o razón social (de ser el caso):	Denominación o razón social (de ser el caso):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Domicilio del establecimiento	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):	
Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):	
Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):	
Lada:	Lada:	
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	
Horario del establecimiento	D L M M J V S de HH MM a HH MM	D L M M J V S de HH MM a HH MM
	D L M M J V S de HH MM a HH MM	D L M M J V S de HH MM a HH MM
Clave SCIAN y su descripción		

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Representante legal	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:

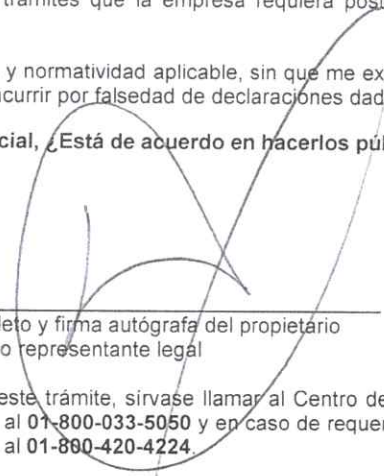
Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

<input type="radio"/> Suspensión de actividades De <input style="width: 100px;" type="text"/> A <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Reinicio de actividades Fecha <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento
---	---	---

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 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



 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**.

UNIDAD REGIONAL DE PROTECCIÓN CONTRA
 RIESGOS SANITARIOS EN MÉXICALI
RECIBIDO
 07 JUL 2020
RECIBIDO
 CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" Categoría del producto

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a temperatura ambiente Transporte a temperatura de refrigeración Distribución Expendio o suministro al público Almacenamiento a temperatura ambiente Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación	Alimentos	Carne y sus productos Leche, sus productos y derivados Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Los de la pesca y sus derivados (frescos y congelados) Alimentos congelados Cereales, leguminosas, sus productos y botanas Azúcar y productos de confitería Cacao; café, té y sus derivados Condimentos y aderezos Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y sus productos Frutas, hortalizas y sus derivados Aceites y grasas comestibles Alimentos industrializados Alimentos biotecnológicos Alimentos deshidratados
		Suplementos alimenticios	Polvo para preparar bebidas Cápsulas Tabletas o comprimidos Jarabe
		Bebidas no alcohólicas	Agua envasada (mineral, mineralizada y/o purificada) Jugos y néctares Bebidas adicionadas con cafeína Bebidas saborizadas Polvo o jarabe para preparar bebidas Bebidas para deportistas Hielo potable Nieve Bebidas congeladas
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas Coctel Licor o crema
		Productos cosméticos	Productos para el cabello Productos de uso facial y/o corporal Productos para los ojos y cejas Productos para manos y uñas Productos para los labios Productos de aromacología y aromalogía (Perfumes y fragancias)
		Productos de aseo y limpieza	Productos especiales para textiles Productos para desobstruir conductos sanitarios Productos para el ambiente Productos para la higiene Productos para la limpieza Productos para protección o acabado lustroso
		Materia prima	Lácteos y cárnicos Aceites y grasas Féculas, harinas y derivados
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores industriales Bares, cantinas, discotecas, etc. Restaurantes, taquerías, etc. Cafeterías Servicios de banquetes
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Saborizantes Edulcorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo	
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general	Nombre de la especialidad	
		Consultorio de atención médica especializada		
		Consultorio de estomatología		
		Otros consultorios para el cuidado de la salud		
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos	Especificar
			Toma de muestras	
	Servicios de asistencia social	Gabinetes de diagnóstico	Patología clínica	Especificar
			Anatomía patológica	
			Histopatología y citología exfoliativa	
			Ultrasonografía	
Expendio o suministro al público	Planificación familiar	Salud mental	Especificar	
		Rehabilitación		
		Atención médica paliativa		
Expendio o suministro al público	Comercio al por menor de lentes	Asistencia social	Especificar	
		Remedios herbolarios		
Insumos para la salud	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Dispositivos médicos	Equipo médico	
			Prótesis, órtesis y ayudas funcionales	
	Distribución	Medicamentos	Agentes de diagnóstico	Representante legal en México de una empresa en el extranjero
			Materiales quirúrgicos y de curación	
	Expendio o suministro al público	Farmacia alopática	Productos higiénicos	Nombre químico de la sustancia
			Farmacia homeopática	
			Botica	
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Plaguicidas	Químicos	Botánicos
		Sustancias tóxicas	Bioquímicos	Misceláneos
		Precursor químico y/o producto químico esencial	Microbianos	Nombre químico de la sustancia tóxica
		Nutrientes vegetales	Nombre del precursor y/o producto químico esencial	
			Fertilizante	Inoculante
		Productos con límite de metales pesados	Mejorador de suelo	Regulador de crecimiento
	Humectante de suelo			
	Juguetes			
	Cerámica vidriada			
	Artículos escolares			