

**AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE SALUBRIDAD LOCAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FOLIO (USO EXCLUSIVO DE LA DPCRS):** |  |

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE LA GUÍA DE LLENADO Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.   
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O COMPUTADORA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. SELECCIONE LA MODALIDAD:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ALTA | | | | | |  | |  | |  | | | | | MODIFICACIÓN | | | | |  |  | |  | | | BAJA | | | | | | | | |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. DATOS DEL PROPIETARIO (DATOS FISCALES):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R.F.C. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | COLONIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | LOCALIDAD | | | | | | | | | | | CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | | ENTIDAD FEDERATIVA | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | | | | |
| ENTRE CALLE | | | | | | | | | | Y CALLE | | | | | | | | | TELÉFONO CELULAR | | | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DENOMINACIÓN COMERCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | COLONIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | LOCALIDAD | | | | | | | | | | CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | ENTIDAD FEDERATIVA | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | |  |  | | |  | |  | | | | | | |
| ENTRE CALLE | | | | | | | | | | | | | Y CALLE | | | | | | | | | | | TELÉFONO CELULAR | | | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| HORARIO: | | D | L | M | | M | | J | | V | | S | DE | | |  | A |  | | | | | | FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| D | L | M | | M | | J | | V | | S | DE | | |  | A |  | | | | | | DÍA | | | | MES | | AÑO |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CLAVE (S.C.I.A.N.) | | | | | DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | | | | | | | | | | | C.U.R.P. (OPCIONAL) | | | | | | | | | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| PERSONA AUTORIZADA | | | | | | | | | | | | | | | | C.U.R.P. (OPCIONAL) | | | | | | | | | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGÚRESE DE 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 ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI | |  |  | NO | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **NOMBRE COMPLETO Y FIRMA 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 DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE SIN COSTO AL **442 212 10 87, EXT 10 Y 23** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL FORMATO DE AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE SALUBRIDAD LOCAL.**

**Llenar con letra de molde legible o computadora.**

**Seleccione con una X la Modalidad**

* Alta.
* Modificación.
* Baja.

**Datos del Propietario (Datos fiscales)**

**Nombre del propietario (persona física) o razón social (persona moral):**

* Nombre del propietario en caso de persona física o razón social en caso de persona moral, tal y como se dio de alta ante el (SAT) Servicio de Administración Tributaria. Ejemplo: Juan José Pérez Gómez (si se trata de persona física) o anotar el nombre de la razón social, ejemplo: Distribuidora Mexicana S.A. de C.V. (si se trata de persona moral) Sin usar comillas.

**R.F.C:**

* Registro Federal de Contribuyentes completo de la persona física o persona moral, tal y como está registrado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Para personas físicas inicia con 4 letras y personas morales inicia con 3. No olvide indicar la homoclave.

**Domicilio:**

* Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio fiscal y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**Colonia**

* Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el domicilio fiscal.

**Municipio:**

* Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el domicilio fiscal.

**Localidad:**

* Localidad en donde se encuentra el domicilio fiscal.

**Código postal**:

* Número completo del código postal que corresponda al domicilio fiscal.

**Entidad federativa**

* Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el domicilio fiscal.

**Entre calle y calle:**

* Entre que calle y calle se encuentra el domicilio fiscal.

**Teléfono celular:**

* Clave lada, teléfono y extensión. Ejemplo (442) + teléfono local + Extensión. Es importante que el(los) número(s) de teléfono que proporcione correspondan preferentemente al propietario y en caso de persona moral, el del Representante Legal.

**Correo electrónico:**

* Dirección electrónica, email o correo electrónico del propietario, o en caso de persona moral el del representante legal.

**Datos del establecimiento**

**Denominación comercial:**

* Es el nombre mediante el cual se identifica al establecimiento comercialmente al público en general.

**Domicilio:**

* Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio del establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**Colonia:**

* Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el establecimiento.

**Municipio:**

* Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento.

**Localidad:**

* Localidad en donde se encuentra el establecimiento.

**Código postal**

* Número completo del código postal que corresponda al establecimiento.

**Entidad federativa**

* Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el establecimiento.

**Entre calle y calle:**

* Entre que calle y calle se encuentra el domicilio del establecimiento.

**Teléfono celular:**

* Clave lada, teléfono y extensión. Ejemplo (442) + teléfono local + Extensión. Es importante que el(los) número(s) de teléfono que proporcione corresponda al del establecimiento.

**Correo electrónico:**

* Dirección electrónica, email o correo electrónico del establecimiento.

**Horario:**

* Días y horario en que labora el establecimiento.

**Fecha de inicio de actividades:**

* Fecha en que apertura el establecimiento.

**Clave S.C.I.A.N.:** número correspondiente del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, empleado para identificar mediante un código y descripción las actividades sujetas al aviso de funcionamiento**.**

**Descripción del S.C.I.A.N.:**

* Descripción completa y sin modificar de la(s) actividad(es) que realiza el establecimiento correspondiente a la clave SCIAN Seleccionada. Consulte el Catalogo de actividades del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN) publicado en la página de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.

**Representante legal:**

* La representación de las personas físicas o morales ante las autoridades administrativas, deberá acreditarse mediante instrumento público. En el caso de personas físicas, la representación también podrá acreditarse mediante carta poder firmada ante dos testigos, ratificándose las firmas del otorgante y los testigos ante la propia autoridad o fedatario público.

**Persona autorizada:**

* Persona que estime pertinente para oír y recibir notificaciones, realizar trámites, gestiones y comparecencias que fueren necesarios para la tramitación de tal procedimiento.

**C.U.R.P. (opcional):**

* La Clave Única de Registro de Población es un código único de identidad de 18 caracteres utilizado para identificar oficialmente tanto a residentes como a ciudadanos mexicanos de todo el país (solo personas físicas).

**Descripción de la actividad:**

* Relatar las actividades que desarrolla en su establecimiento.

Conforme a la Ley Estatal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, **usted deberá indicar si está de acuerdo o no, en hacerlos públicos.**

**Nombre completo y firma del propietario o representante legal:**

* Nombre completo del propietario o representante legal del establecimiento y firma autógrafa.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA MODALIDAD DE “ALTA”:**

**PERSONA MORAL:**

* Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
* Acta constitutiva en original para cotejo.
* Constancia de situación fiscal, para cotejo.
* Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
* Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
* Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
* De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.

**PERSONA FÍSICA:**

* Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
* Identificación oficial vigente con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
* Constancia de situación fiscal, para cotejo.
* Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
* De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.
* De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA MODALIDAD DE “MODIFICACIÓN”:**

**PERSONA MORAL:**

* Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía en original y copia.
* En caso de modificación de domicilio fiscal, constancia de situación fiscal, para cotejo.
* En caso de modificación de domicilio del establecimiento, comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
* Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
* Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
* De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
* Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.

**PERSONA FÍSICA:**

* Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía) en original y copia.
* Identificación oficial vigente con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
* En caso de modificación de domicilio fiscal, constancia de situación fiscal, para cotejo.
* En caso de modificación de domicilio del establecimiento, comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
* De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.
* De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
* Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA MODALIDAD DE “BAJA”:**

**PERSONA MORAL:**

* Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía en original y copia.
* Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
* Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
* De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
* Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.

**PERSONA FÍSICA:**

* Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía en original y copia.
* Identificación oficial vigente con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
* De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.
* De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
* Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.