



**SECRETARIA DE SALUD**  
**SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO**  
**DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

**SSA-06-002 AVISO DE FUNCIONAMIENTO**

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

**1.- DATOS DEL PROPIETARIO**

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL INTERESADO NO REALIZA EL TRAMITE)	

**2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL				
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S) Y/O FAX		

**3.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

<input type="checkbox"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> CENTROS DE TATUAJE <input type="checkbox"/> DISPOSICION DE CADAVERES	<b>DE ATENCION MEDICA</b> <input type="checkbox"/> AMBULANCIAS <input type="checkbox"/> CONSULTORIOS <input type="checkbox"/> CLINICAS DENTALES <input type="checkbox"/> HOSPITALES DONDE NO SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS		<input type="checkbox"/> LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS
	NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS	NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL DEL RESPONSABLE SANITARIO	FECHA DE INICIO DE LABORES _____ DIA                      MES                      AÑO

**3.1 EN EL CASO DE AMBULANCIAS**

Nº.	MARCA	MODELO	Nº. DE PLACAS	Nº. DE MOTOR	URGENCIAS	
					EQUIPADA	NO EQUIPADA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

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

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	
---------------	---	--

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE

SSA-06-002

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 54-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-33-72, O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**SSA-06-002 AVISO DE FUNCIONAMIENTO**

**1.- DATOS DEL PROPIETARIO:**

Anotar el nombre completo de la persona física (nombre (s), apellidos paterno y materno) o moral, propietaria del establecimiento.

Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al propietario.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del propietario o representante legal.

Anotar el nombre del representante legal solo si el interesado no realiza el trámite.

**2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

Anotar el nombre o razón social del establecimiento, sin utilizar nombre abreviado o común con el que sea conocido. Ejemplo Hospital de Ginec Obstetricia Nuestra Señora de la Luz.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del establecimiento.

**3.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO:**

Marcar con una X el tipo de establecimiento para el cual se realiza el trámite.

Anotar el número de la clase de la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos que corresponda a la actividad del establecimiento (el dato se puede obtener preguntando a la autoridad sanitaria ante la cual se realiza el trámite).

Anotar el número de cédula profesional del responsable sanitario.

Anotar con números arábigos, la fecha en que inició operaciones el establecimiento. Ejemplo: 08-09-99 para señalar el 8 de septiembre de 1999.

**4.- EN EL CASO DE AMBULANCIAS:**

Anotar los datos que correspondan a marca, modelo, número de placas y número de motor; en el caso de ambulancias de urgencias, marcar con una X según se trate de ambulancias equipadas o no equipadas.

Anotar el lugar y fecha en que se presenta el trámite.

Firma autógrafa del propietario o representante legal del establecimiento.

**CONSIDERACIONES GENERALES**

**ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCION, EN HOJA BLANCA TAMAÑO CARTA Y EN PAPEL BOND.**

**ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO: 08-IV-1999**

**ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA UNIDAD DE DESREGULACION ECONOMICA: 08-IV-1999**

**EL REPRESENTANTE LEGAL, DEBERA MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO ACREDITEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE).**

**ESTE TRAMITE NO REQUIERE DOCUMENTOS ANEXOS.**