

REGISTRO FEDERAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

HOMOCLAVE: SSA- 04-001 -B

NOMBRE DEL TRÁMITE:

Aviso de funcionamiento

Modalidad B. Actualización de Datos.

FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA Y FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF) DE CADA ORDENAMIENTO:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4° (D.O.F. 03/02/83)

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Artículo 39 (D.O.F. 29/12/76)

Ley General de Salud, Artículo 202. (D.O.F. 07/02/84 Ref. 07/05/97. Ref. 26/05/2000)

Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Artículos 3 fracción V inciso b), y 11 (D.O.F. 05/07/2001)

Acuerdo Secretarial 141, por el que se determinan los establecimientos sujetos a Aviso de Funcionamiento, Artículo 1°, Fracción II- (D.O.F. 29/07/97)

Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites Empresariales que aplica la Secretaría de Salud y se establecen diversas medidas de mejora regulatoria y su Anexo Unico. (D.O.F. 14/09/98)

Aviso por el que se dan a conocer los formatos de los Trámites que aplica la Dirección General de Control Sanitario de Productos y Servicios. (D.O.F. 28/06/99)

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, Artículo 229 y 239. (D.O.F. 09/08/99).

CASOS EN LOS QUE DEBE O PUEDE REALIZARSE EL TRÁMITE:

Este Aviso deberá ser presentado por las personas físicas o morales que presentaron el Aviso de Funcionamiento en su modalidad inicial, y requieran modificar la información notifi

MANERA DE PRESENTAR EL TRÁMITE (ESCRITO LIBRE, FORMATO U OTRA):

El trámite se presenta en formato dentro de los 30 días hábiles a partir de la fecha en que se hubiese realizado el cambio.

FORMATO CORRESPONDIENTE AL TRÁMITE, EN SU CASO, Y SU FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF:

Formato SSA-04-001-B. Actualización de Datos publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 1999.

DATOS Y DOCUMENTOS ESPECÍFICOS QUE DEBE CONTENER O SE DEBEN ADJUNTAR AL TRÁMITE, SALVO LOS DATOS Y DOCUMENTOS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO (LFPA):}

DOCUMENTOS ANEXOS:

No se requiere de documentos anexos

FUNDAMENTO JURÍDICO:

DE LOS DATOS:

Ley General de Salud, Artículo 202, (D.O.F. 07/02/84 Ref. 07/05/97. Ref. 26/05/2000)

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, Artículo 229. (D.O.F. 09/08/99)

DE LOS DOCUMENTOS ANEXOS:

No aplica

PLAZO MÁXIMO QUE TIENE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DESCENTRALIZADO PARA RESOLVER EL TRÁMITE, EN SU CASO, Y SE APLICA LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA:

PLAZO MAXIMO:

El trámite no requiere de resolución, dado que tiene la naturaleza de un Aviso

APLICA LA AFIRMATIVA FICTA:

No aplica.

APLICA LA NEGATIVA FICTA:

No aplica.

FUNDAMENTO JURÍDICO:

DE LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA:

No aplica

DEL PLAZO DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE:

No aplica

LAS EXCEPCIONES A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 15-A DE LA LFPA, EN SU CASO:

No aplica.

MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS APLICABLES, EN SU CASO, O LA FORMA DE DETERMINAR DICHO MONTO:

No aplica.

FUNDAMENTO JURÍDICO:

No aplica

VIGENCIA DEL TRÁMITE:

No aplica

FUNDAMENTO JURÍDICO:

No aplica

CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE, EN SU CASO:

El trámite no requiere resolución, por tratarse de un Aviso, sin embargo, para la aceptación del mismo se considerará: 1. Sea promovido por el propietario o representante legal. 2. El formato contenga todos los datos que se solicitan. 3. Se haya presentado el Aviso de Funcionamiento en la modalidad inicial.

UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE:

Unidad de Atención al Público de la Dirección General de Control Sanitario de Productos y Servicios, Donceles 39, Col. Centro, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F., C.P. 06010.

Ventanillas de los Servicios Estatales de Salud

Oficinas de Regulación Sanitaria (32)

Jurisdicciones Sanitarias (216), pregunte por el domicilio y teléfono más cercano al

55101075, EXT. 214.

PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DEL AVISO:

Acudir a cualesquiera de las áreas de atención, y solicitar el formato de Aviso de Funcionamiento en la modalidad de Actualización de Datos, también puede obtenerlo a través de INTERNET.

Requisitarlo correctamente, considerando de acuerdo a los cambios, lo siguiente:

- Datos del establecimiento que será sujeto de actualización.
- Datos que se modifican. Identificándolos en el rubro que corresponda (datos del propietario, del representante legal, personas autorizadas; del establecimiento; del producto), y asentándolos en las columnas "dice" y "debe decir".
- Únicamente cuando se modifiquen los datos del representante legal, deberá presentar los documentos que acrediten la existencia de la persona moral y la personalidad del representante legal, salvo que se encuentre en el registro único de personas acreditadas para realizar trámites ante la Secretaría de Salud.

Presentar el formato en el área de atención correspondiente.

Recoger el Acuse de Recibo que se le otorgará inmediata y gratuitamente y revisarlo.

Cuando exista falta de documentos o datos, se le informará de inmediato para que subsane la omisión.

Este trámite se presentará cuantas veces se requiera para mantener actualizada la información notificada a la Secretaría de Salud.

El Aviso no podrá ser modificado por personas diferentes al propietario o representante legal.

El Aviso no podrá presentar tachaduras, enmendaduras o alteraciones.

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD SANITARIA DE BIENES Y SERVICIOS

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-04-001-B AVISO DE ACTUALIZACION DE DATOS

LLENENE A MANO CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO	RFC
DOMICILIO	

2.- MODIFICACION QUE SE SOLICITA

2.1.- DATOS DEL PROPIETARIO

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE MODIFICACION			
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE NOMBRE O RAZON SOCIAL	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE PERSONAS AUTORIZADAS	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DOMICILIO, TELEFONO, FAX	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE RFC
DICE	DEBE DECIR		

2.2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE MODIFICACION			
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE PROPIETARIO	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE RFC	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE ACTIVIDAD O GIRO	<input type="checkbox"/> BAJA DEFINITIVA
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DOMICILIO, TELEFONO, FAX	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE NOMBRE O RAZON SOCIAL	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/> SUSPENSION TEMPORAL DE ACTIVIDADES ESPECIFICAR LA CAUSA:
DICE	DEBE DECIR		

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.

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	LUGAR Y FECHA DONDE SE EFECTUA EL AVISO
---	---

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-4-80-2000 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-0014800 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1888-594 3372; O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

CONSIDERACIONES GENERALES

ESTE TRAMITE NO REQUIERE DOCUMENTOS ANEXOS
 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



ISA-04-001-B

2.3.- DATOS DE LOS PRODUCTOS

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE MODIFICACION

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALTA DE PRODUCTO | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE PROCESO | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE DENOMINACION | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE MARCA |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE LINEA O GIRO | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE ESTABLECIMIENTO | <input type="checkbox"/> BAJA DE PRODUCTO | <input type="checkbox"/> SUSPENSION TEMPORAL DE LA ELABORACION DEL PRODUCTO. ESPECIFICAR LA CAUSA: |

DICE

GIRO	PROCESO						DENOMINACION O DESCRIPCION DEL PRODUCTO	MARCA (NOMBRE COMERCIAL)	SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL RFC Y NOMBRE DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y NOMBRE DE LA EMPRESA MAQUILADORA	IMP.	NAL.
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						

DEBE DECIR (Elija el giro y los procesos de acuerdo al apartado 2.3 del instructivo)

GIRO	PROCESO						DENOMINACION O DESCRIPCION DEL PRODUCTO	MARCA (NOMBRE COMERCIAL)	SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL RFC Y NOMBRE DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y NOMBRE DE LA EMPRESA MAQUILADORA	IMP.	NAL.
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						
	01	02	03	04	05	06						
	07	08	09	10	11	12						

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-04-001-B AVISO DE ACTUALIZACION DE DATOS

- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.** Anote el Nombre, RFC, y Domicilio. Cuando la persona que realiza el trámite no sea el propietario, deberá acreditar su personalidad jurídica, presentando acta constitutiva o poder notarial.
 - MODIFICACIONES QUE SE SOLICITAN**
 - DATOS DEL PROPIETARIO.**

MODIFICACIÓN. Cruce con una "X" el tipo de movimiento a realizar por cambio de nombre Domicilio, Teléfono y Fax, Representante legal, y Personas autorizadas.

DICE. Anote los datos que serán cambiados, tal y como los notificó a través del Aviso de Funcionamiento.

 - DEBE DECIR.** Anote los datos como deben quedar.
 - DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.**
 - MODIFICACION.** Cruce con una "X" el tipo de movimiento a realizar por cambio de propietario, domicilio, teléfono, fax, RFC, Nombre o razón social, Actividad o giro, Baja definitiva, Responsable o representante legal, Suspensión de actividades, especificar causa.
 - DICE.** Anote los datos que serán cambiados, tal y como los notificó a través del Aviso de Funcionamiento.
 - DEBE DECIR.** Anote los datos como debe quedar.
 - DATOS DE LOS PRODUCTOS**
 - MODIFICACION.** Cruce con una "X" el tipo de movimiento a realizar por Alta de producto, Cambio de Línea o giro, Cambio de proceso, Cambio de establecimiento, Cambio de denominación, Baja de producto, Cambio de marca, Suspensión temporal de elaboración de producto, señalando la causa.
 - DICE.** Anote los datos del producto a modificar, indicando el giro, proceso, denominación o descripción del producto, marca, maquilador o empresa a la que usted maquila, importado o nacional, tal y como lo notificó en el Aviso de Funcionamiento Inicial. Cuando se trata de Alta de producto, esta columna se cancela.
- DEBE DECIR.** Anote los datos como deben quedar, de acuerdo a lo siguiente:
 - GIRO.** Indique el número que corresponda al producto de acuerdo a la siguiente relación:

1) Alimentos	2) Bebidas no alcohólicas	3) Bebidas alcohólicas	4) Tabaco.
5) Aseo y limpieza	6) Perfumería y belleza	7) Materias Primas	8) Aditivos
9) Otros			
 - PROCESO.** Cruce el (los) número(s) que corresponda(n) al proceso que realiza al producto:

1) Obtención	2) Elaboración	3) Preparación	4) Fabricación
5) Mezclado	6) Acondicionamiento	7) Envasado	8) Conservación
9) Almacenamiento	10) Distribución	11) Manipulación	12) Transporte
 - DENOMINACION O DESCRIPCION DEL PRODUCTO.** Anote el nombre completo del producto, ejemplo: Leche pasteurizada, sombra para ojos, agua purificada, pescado ahumado, etcétera.
 - MARCA.** Anote la marca o nombre comercial del producto declarado.
 - SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL RFC Y NOMBRE DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA.** Anote los datos de la empresa a la que le procesa el producto.
 - SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y NOMBRE DE LA EMPRESA MAQUILADORA.** Anote los datos de la empresa que le procesa el producto.
 - IMPORTADO.** Marque con una "X" si el producto es importado.
 - NACIONAL.** Marque con una "X" si el producto es de fabricación nacional.
- La firma debe ser autógrafa en cada aviso.

