



Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y
de Modificación o Baja para Establecimientos de
Salubridad Local

Uso exclusivo de SESVER

Número de ingreso de trámite

Sello

--	--

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo correspondiente. Llenar con letra de molde legible, a máquina o en computadora El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	Nombre:
Modalidad:	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Baja

2. Datos del propietario

Persona física		Persona moral	
RFC:	RFC:	Denominación o razón social:	
CURP (opcional):		Representante legal o apoderado que solicita el trámite	
Nombre(s):		RFC:	
Primer apellido:		CURP (opcional):	
Segundo apellido:		Nombre(s):	
Lada:		Primer apellido:	
Teléfono:		Segundo apellido:	
Extensión:		Lada:	
Correo electrónico:		Teléfono:	
		Extensión:	
		Correo electrónico:	

Domicilio fiscal del propietario

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	
	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

<https://tramite.veracruz.gob.mx/tramites/#/lista-tramites/tramites-dependencia>



**Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y
de Modificación o Baja para Establecimientos de
Salubridad Local**

3. Datos del establecimiento

RFIC:	Denominación o razón social:
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

Horario de operaciones										
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

Fecha de inicio de operaciones: DD / MM / AAAA

Domicilio del establecimiento											
Código postal:						Localidad:					
Tipo y nombre de vialidad:						Municipio o alcaldía:					
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)											
Número exterior:			Número interior:			Entidad Federativa:					
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:											
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)											
Y vialidad (tipo y nombre):						Entre vialidad (tipo y nombre):					
Vialidad posterior (tipo y nombre):						Lada:					
Teléfono:						Extensión:					

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

**Servicios de Salud de Veracruz
Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios**



Contacto:

Calle Soconusco No. 31, Colonia Aguacatal
91130. Xalapa, Ver.
Teléfono 22884230000, Ext. 2701
800 5051670
www.ssaver.gob.mx



**Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y
de Modificación o Baja para Establecimientos de
Salubridad Local**

4. Datos del responsable sanitario (puede ser el propietario o alguna persona designada por el propietario)

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:											
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	
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	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	HH : MM	a	HH : MM	
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM	
Firma del responsable sanitario: Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización											

5. 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



**Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y
de Modificación o Baja para Establecimientos de
Salubridad Local**

Categoría:		
Grupo:		
Subgrupo:		
Proceso:		
Prestación de Servicio	Administración	

Categoría:		
Grupo:		
Subgrupo:		
Proceso:		
Prestación de Servicio	Administración	

6. 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
<input type="checkbox"/> Datos del Propietario	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:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> 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:

**Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y
de Modificación o Baja para Establecimientos de
Salubridad Local**

	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (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:

	Dice							Debe decir													
Horario del Establecimiento	D	L	M	M	J	V	S	HH : MM	a	HH : MM	D	L	M	M	J	V	S	HH : MM	a	HH : MM	
	HH : MM				HH : MM																
	D	L	M	M	J	V	S				D	L	M	M	J	V	S				
	HH : MM				HH : MM																

Tipo de modificación	Dice							Debe decir						
Representante Legal (Aplica solo para Personas Morales)	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.

Tipo de modificación	Dice							Debe decir						
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.

Servicios de Salud de Veracruz
Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios



Contacto:
Calle Soconusco No. 31, Colonia Aguacatal
91130. Xalapa, Ver.
Teléfono 22884230000, Ext. 2701
800 5051670
www.ssaver.gob.mx



Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y
de Modificación o Baja para Establecimientos de
Salubridad Local

<input type="radio"/> Suspensión de actividades	<input type="radio"/> Reinicio de actividades	Baja definitiva del establecimiento
De DD / MM / AAAA	A DD / MM / AAAA	Fecha DD / MM / AAAA

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 cumple 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 Integral de Servicios Estatal (CIS) de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios, en la Ciudad de Xalapa o de cualquier parte del Estado de Veracruz marque sin costo al **800-505-1670** o a los teléfonos del CIS Estatal **2288419475** y **2288185214**.

ANEXOS A PRESENTAR:

Personas Morales	Personas Físicas
<input type="checkbox"/> Copia de Acta constitutiva y/o poder notarial <input type="checkbox"/> Copia legible de identificación oficial vigente (INE, Pasaporte, Licencia de manejo, Cartilla militar) de Representante legal y personas autorizadas <input type="checkbox"/> Constancia de situación fiscal o RFC	<input type="checkbox"/> Constancia de situación fiscal o RFC <input type="checkbox"/> Copia legible de identificación oficial vigente (INE, Pasaporte, Licencia de manejo, Cartilla militar) de Propietario y personas autorizadas