



**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:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	<b>Representante legal o apoderado que solicita el trámite</b>
Primer apellido:	RFC:
Segundo apellido:	CURP (opcional):
Lada:	Nombre(s):
Teléfono:	Primer apellido:
Extensión:	Segundo apellido:
Correo electrónico:	Lada:
	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:      Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre):
(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>

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



**Contacto:**  
Calle Soconusco No. 31, Colonia Aguacatal  
C.P. 91130. Xalapa, Ver.  
Teléfono 2288423000, Ext. 2701  
800 5051670  
www.ssaver.gob.mx



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

3. Datos del establecimiento

RFC:	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)	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:	Vialidad posterior (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	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.





**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			Segunda columna																								
Alta	Baja	A modificar	Ya modificado																								
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:																								
Con título profesional de:			Con título profesional de:																								
Título profesional expedido por:			Título profesional expedido por:																								
Número de cédula profesional:			Número de cédula profesional:																								
Con especialidad de:			Con especialidad de:																								
Título de especialidad expedido por:			Título de especialidad expedido por:																								
Número de cédula de la especialidad:			Número de cédula de la especialidad:																								
Horario de operaciones			Horario de operaciones																								
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> <td>de</td> <td>HH : MM</td> <td>a</td> <td>HH : MM</td> </tr> </table>			D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> <td>de</td> <td>HH : MM</td> <td>a</td> <td>HH : MM</td> </tr> </table>			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																	
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> <td>de</td> <td>HH : MM</td> <td>a</td> <td>HH : MM</td> </tr> </table>			D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> <td>de</td> <td>HH : MM</td> <td>a</td> <td>HH : MM</td> </tr> </table>			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																	
Firma del responsable sanitario:			Firma del responsable sanitario:																								
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja			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			Producto o Servicio		
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:			1) Solo llenar este apartado en caso de producto:		
Nuevo	A modificar	Baja	Nuevo	Ya modificado	Baja





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

Categoría:	Categoría:
Grupo:	Grupo:
Subgrupo:	Subgrupo:
Proceso:	Proceso:
Prestación de Servicio	Administración
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: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
	Número exterior:	Número interior:
	Número exterior:	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 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:	

	Dice							Debe decir												
<input type="checkbox"/> 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
	D	L	M	M	J	V	S	HH : MM	a	HH : MM	D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a

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





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

<input type="radio"/> Suspensión de actividades De <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/> A <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>		<input type="radio"/> Reinicio de actividades Fecha <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>	<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 cumpla 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"/> Constancia de situación fiscal o RFC
<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"/> Copia legible de identificación oficial vigente (INE, Pasaporte, Licencia de manejo, Cartilla militar) de Propietario y personas autorizadas
<input type="checkbox"/> Constancia de situación fiscal o RFC	

