



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:	Alta Modificación Baja

2. Datos del propietario

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
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:	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:

<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.

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



Contacto:



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
☐ Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: 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:	





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

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

Tipo de modificación		Dice	Debe decir
Representante Legal	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):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:	Correo electrónico:

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

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

☐ Suspensión de actividades	☐ Reinicio de actividades	
De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA	Fecha DD / MM / AAAA	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
☐ Copia de Acta constitutiva y/o poder notarial	☐ Constancia de situación fiscal o RFC
☐ Copia legible de identificación oficial vigente (INE, Pasaporte, Licencia de manejo, Cartilla militar) de Representante legal y personas autorizadas	☐ Copia legible de identificación oficial vigente (INE, Pasaporte, Licencia de manejo, Cartilla militar) de Propietario y personas autorizadas
☐ Constancia de situación fiscal o RFC	

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