

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO SERVICIOS DE SALUD

Indique en el recuadro correspondiente si pertenece el establecimiento al sector público, social o privado.

- » **PÚBLICOS:** Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud e instituciones públicas de seguridad social a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar el servicio, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.
- » **SOCIAL:** Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.
- » **PRIVADO:** Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles

1A AVISO RELACIONADO CON ESTABLECIMIENTOS QUE REQUIEREN O CUENTAN CON LICENCIA:

Cruce con una "X" la figura correspondiente al tipo de aviso que va realizar (solo un aviso por formato) y escriba la Homoclave, el nombre y la modalidad del trámite de acuerdo al siguiente listado.

Aviso de Responsable

Alta	COFEPRIS-05-037-A	Aviso de Responsable Sanitario de Establecimientos de Atención Médica. Modalidad.- A. Para Establecimientos de Atención Médica donde se Practican o No Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
	COFEPRIS-05-037-B	Aviso de Responsable Sanitario de Establecimientos de Atención Médica. Modalidad.- B. Para Establecimientos con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células.
	COFEPRIS-05-037-C	Aviso de Responsable Sanitario de Establecimientos de Atención Médica. Modalidad.- C. Para Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea.
Aviso de Modificación o Baja del Responsable	COFEPRIS-05-057-A	Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario de Establecimientos de Atención Médica Modalidad.- A. Para Establecimientos donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
	COFEPRIS-05-057-B	Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario de Establecimientos de Atención Médica Modalidad.- B. Para Establecimientos con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células.
	COFEPRIS-05-057-C	Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario de Establecimientos de Atención Médica Modalidad.- C. Para Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea.
	COFEPRIS-05-076	Baja de Responsable de Establecimientos de Medicina Nuclear.
	COFEPRIS-05-080	Aviso de Baja de Responsable de Operación y Funcionamiento de Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.

Avisos de Modificación o Actualización de Datos de Establecimientos con Licencia. Solo en los siguientes casos:

Baja Definitiva	COFEPRIS-05-059	Aviso de Baja Definitiva de Establecimientos de Atención Médica que Operan con Licencia Sanitaria
	COFEPRIS-05-060	Aviso de Baja Definitiva de Establecimientos que Operan con Licencia Sanitaria de Gabinete para Diagnóstico Médico con Rayos X.
	COFEPRIS-05-061	Aviso de Baja Definitiva de Establecimientos que Operan con Licencia Sanitaria de Medicina Nuclear
Suspensión Temporal de Actividades	En caso de que el establecimiento suspenda su funcionamiento durante un lapso de tiempo (menos de un año)	
	COFEPRIS-05-062	Aviso de Suspensión Temporal de Actividades de Establecimientos de Atención Médica que Operan con Licencia Sanitaria
	COFEPRIS-05-063	Aviso de Suspensión Temporal de Actividades de Establecimientos que Operan con Licencia Sanitaria de Gabinete para Diagnóstico Médico con Rayos X.
	COFEPRIS-05-064	Aviso de Suspensión Temporal de Actividades de Establecimientos que Operan con Licencia Sanitaria de Medicina Nuclear
Reinicio de Actividades	Siempre y cuando exista un aviso de suspensión de actividades previo.	
	COFEPRIS-05-065	Aviso de Reinicio de Actividades de Establecimientos de Atención Médica que Operan con Licencia Sanitaria
	COFEPRIS-05-066	Aviso de Reinicio de Actividades de Establecimientos que Operan con Licencia Sanitaria de Gabinete para Diagnóstico Médico con Rayos X.
	COFEPRIS-05-067	Aviso de Reinicio de Actividades de Establecimientos que Operan con Licencia Sanitaria de Medicina Nuclear

Modificación o Actualización de Datos de Aviso de Funcionamiento o Licencia

COFEPRIS-05-056	Aviso de Modificación al Aviso de Funcionamiento de Establecimientos de Servicios de Salud
COFEPRIS-05-068	Aviso de Actualización de Datos de Establecimientos de Atención Médica que Operan con Licencia.

COFEPRIS-05-069	Aviso de Actualización de Datos de Establecimientos que Operan con Licencia Sanitaria de Diagnostico Médico con Rayos X
COFEPRIS-05-070	Aviso de Actualización de Datos de Establecimientos que Operan la Licencia Sanitaria de Medicina Nuclear

1B SOLICITUD DE :

Cruce con una "X" la figura correspondiente al tipo de solicitud que va realizar y escriba la Homoclave, el nombre y la modalidad del trámite de acuerdo al siguiente listado.

Licencia:

Alta	COFEPRIS-05-024	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X
	COFEPRIS-05-034-A	Solicitud de Licencia Sanitaria de Establecimientos de Atención Médica. Modalidad.- A. Para Establecimientos de Atención Médica donde se Practican Actos Quirúrgicos u Obstétricos.
	COFEPRIS-05-034-B	Solicitud de Licencia Sanitaria de Establecimientos de Atención Médica. Modalidad.- B. Para Establecimientos con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células.
	COFEPRIS-05-034-C	Solicitud de Licencia Sanitaria de Establecimientos de Atención Médica. Modalidad.- C. Para Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea.
	COFEPRIS-05-071	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Medicina Nuclear.
Modificación	COFEPRIS-05-025	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Diagnostico Médico con Rayos X
	COFEPRIS-05-035-A	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria de Establecimientos de Atención Médica. Modalidad.- A. Para Establecimientos de Atención Médica donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
	COFEPRIS-05-035-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria de Establecimientos de Atención Médica. Modalidad.- B. Para Establecimientos con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células.
	COFEPRIS-05-035-C	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria de Establecimientos de Atención Médica. Modalidad.- C. Para Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea.
	COFEPRIS-05-072	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos que Operan con Licencia Sanitaria de Medicina Nuclear

Permiso

Alta	COFEPRIS-01-027	Permiso del Libro de Registro que Llevan los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea.
	COFEPRIS-05-026	Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento de Establecimientos de Diagnostico Médico con Rayos X
	COFEPRIS-05-028	Solicitud de Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnostico Médico con Rayos X
	COFEPRIS-05-074	Solicitud de Permiso de Responsable de Establecimientos de Medicina Nuclear
Modificación	COFEPRIS-05-027	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento de Establecimientos de Diagnostico Médico con Rayos X
	COFEPRIS-05-029	Solicitud de Modificación al Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnostico Médico con Rayos X
	COFEPRIS-05-075	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de Establecimientos de Medicina Nuclear

2.- MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS:

Marque con una "X" el recuadro según la modificación que va a realizar.

Solicitud de Modificación de:

- 1) Razón Social o Denominación del Establecimiento.
- 2) Razón Social del Propietario
- 3) Domicilio del Propietario (Domicilio Fiscal).
- 4) Nuevos Tipos de Trasplante
- 5) R.F.C.
- 6) Clave y Descripción S.C.I.A.N.

Aviso de Modificación de:

- 1) Representante Legal
- 2) Personas Autorizadas
- 3) Horario

Suspensión de Actividades	Anote el periodo de suspensión de actividades empezando por día, mes y año
Reinicio de Actividades	Anote la fecha en la cual reinició actividades, empezando por día, mes y año
Baja Definitiva del Establecimiento	Marque con una X en caso de realizar baja definitiva del establecimiento de actividades
Dice/ Condición notificada o autorizada en la Licencia o Permiso	Para el caso de <u>solicitud</u> de modificación: anote los datos tal como se encuentran actualmente asentados en la autorización. Para el caso de <u>aviso</u> de modificación: anote los datos tal y como dio aviso en su momento o última actualización.
Debe de Decir/ Condición Solicitada	Para el caso de <u>solicitud</u> de modificación: anote los datos como requiere sean modificados en su nueva autorización. Para el caso de <u>aviso</u> de modificación: anote los datos tal y como deseé queden registrados ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

3. DATOS DEL PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

Clave S.C.I.A.N.	Número completo del Sistema de Clasificación Industrial de America del Norte, puede indicar más de una.
Descripción del S.C.I.A.N.	Descripción de la actividad (es) que realiza el establecimiento correspondiente a la clave seleccionada.
Nombre del Propietario (persona física) o razón social (persona moral) R.F.C.	Nombre completo sin abreviaturas (persona física o moral) bajo el cual se encuentra registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP). Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual esta registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).
C.U.R.P.	Clave Única de Registro de Población, en caso de persona física (dato opcional).
Calle y número	Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el propietario y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo
Colonia	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el domicilio del propietario.
Delegación o municipio	Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio donde se ubica el domicilio del propietario.
Localidad	Localidad en donde se encuentra el domicilio del propietario.
Código postal	Número completo del código postal que corresponde al domicilio del propietario.
Entidad federativa	Nombre completo sin abreviaturas de la entidad federativa correspondiente.
Entre calle y calle	Calles entre las que se encuentra el establecimiento.
Teléfono	Número (s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo 01 (55) + teléfono local.
Fax	Número de fax incluyendo clave lada.
Razón social o denominación del Establecimiento R.F.C.	Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento (Ej. Farmacia Lupita, Empacadora López, Distribuidora Mexicana S.A. de C.V. El cual debe de corresponder al mismo RFC del propietario. El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual esta registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP)
Calle y número	Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.
Colonia	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el establecimiento.
Delegación o municipio	Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento.
Localidad	Localidad en donde se encuentra el establecimiento.
Código postal	Número completo del código postal que corresponda.
Entidad federativa	Entidad federativa en donde se encuentra el establecimiento.
Entre calle y calle	Calles entre las que se encuentra el establecimiento.
Teléfono	Número (s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo 01 (55) + teléfono local
Fax	Número de fax incluyendo clave lada.
No. de Licencia Sanitaria o Aviso de Funcionamiento	No. de Licencia Sanitaria actual o indicar si presentó aviso de funcionamiento.
R.F.C. del Responsable Sanitario o de Operación	R.F.C. Completo del Responsable Sanitario o de Operación
Horario	Horario del Establecimiento
Fecha de inicio o Reinicio de actividades	Indicar la fecha en que el establecimiento inició operaciones; ocurrió la suspensión temporal de actividades; la baja definitiva o reinicio de actividades, según sea el caso.
Nombre, correo electrónico y C.U.R.P. del(os) representante(s) legal(es) y personas autorizadas	Nombre completo sin abreviaturas del(os) representante(s) legal(es) y persona(as) autorizada(s), Clave Única de Registro de Población (dato opcional) y su correo electrónico (e-mail). En caso de personas físicas puede ser el propietario. Representante Legal: La representación de las personas físicas o morales ante la Administración Pública Federal para formular solicitudes, participar en el procedimiento administrativo, interponer recursos, desistirse y renunciar a derechos, deberá acreditarse mediante instrumento público, y en el caso de personas físicas, también mediante carta poder firmada ante dos testigos y ratificadas las firmas del otorgante y testigos ante las propias autoridades o fedatario público, o declaración en comparecencia personal del interesado. Persona Autorizada: Sin perjuicio de lo anterior, el interesado o su representante legal mediante escrito firmado podrán autorizar a la persona o personas que estime pertinente para oír o recibir notificaciones, realizar trámites, gestiones y comparecencias que fueren necesarias para la tramitación de tal procedimiento, incluyendo la interposición de recursos administrativos. (Esto conforme al Artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

4.- DATOS DE RESPONSABLE SANITARIO

Marque con una "X" el tipo de trámite a realizar.

Alta:	Cuando presente el la solicitud de Licencia, en forma simultanea deberá presentar Aviso de Responsable. Es el responsable de que la operación y funcionamiento del establecimiento se apegue a la Regulación Sanitaria vigente y de la pureza y seguridad de los productos. Deberán ser profesionales con título registrado por las autoridades educativas competentes.
Modificación:	La modificación la presenta cuando deje de laborar en la empresa el Responsable Sanitario y este es sustituido por uno nuevo, por lo que se requiere llenar el nombre y R.F.C. y todos los datos del Responsable Sanitario nuevo y además al final del recuadro correspondiente el nombre y R.F.C. del Responsable Sanitario anterior.

Baja:	Cuando presente la baja definitiva del establecimiento, deberá presentar simultáneamente la baja del Responsable.
Nombre	Nombre completo sin abreviaturas del responsable sanitario.
R.F.C.	Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual esta registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).
C.U.R.P.	Clave Única de Registro de Población, en caso de persona física (dato opcional).
Correo electrónico:	Indique un correo electrónico.
Horario	Horario en el cual se encontrará el Responsable Sanitario en el establecimiento.
Solo para Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea	Indique con una "X" la especialidad según corresponda: » Médico General » Hematólogo » Patólogo
Con título profesional de:	Título Profesional tal y como aparece en el documento oficial.
Título profesional expedido por:	Institución que expidió el Título.
No. de cédula profesional:	Número de la Cédula Profesional tal y como aparece en el documento oficial.
Especialidad de:	Título de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial.
Título de especialidad expedido por:	Institución que expidió el Título de la especialidad.
No. de cédula de la especialidad:	Número de la cédula de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial.
Firma del Responsable Sanitario	Firma autógrafa del Responsable Sanitario.
Nombre completo del Responsable Sanitario anterior:	Indicar nombre completo y apellidos del Responsable Sanitario anterior.
R.F.C.	Registro Federal de Contribuyentes completo del Responsable Sanitario anterior.

5.- DATOS PARA EL PERMISO DE: RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO/ RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR/ ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA.

Nombre	Nombre completo del Responsable.
R.F.C.	Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual esta registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).
C.U.R.P.	Clave Única de Registro de Población, en caso de persona física (dato opcional).
Calle y número	Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el propietario y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo
Colonia	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el domicilio del propietario.
Delegación o municipio	Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio donde se ubica el domicilio del propietario.
Localidad	Localidad en donde se encuentra el domicilio del propietario.
Código postal	Número completo del código postal que corresponde al domicilio del propietario.
Entidad federativa	Nombre completo sin abreviaturas de la entidad federativa correspondiente.
Horario	Horario en el cual se encontrará el Responsable Sanitario en el establecimiento.
Título Profesional	Título Profesional tal y como aparece en el documento oficial
Especialidad	Título de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial
Título expedido por	Institución que expidió el Título
Título de la especialidad expedido por	Institución que expidió el Título de la especialidad
No. de Cédula Profesional	Número de la Cédula Profesional tal y como aparece en el documento oficial

6A.- PARA ESTABLECIMIENTOS DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS Y PARA ESTABLECIMIENTOS CON EXTRACCIÓN Y TRASPLANTES:

Servicios con que cuenta el establecimiento	Señale con números arábigos la cantidad de servicios con los que cuenta el establecimiento: quirófanos, camas censables, consulta externa, laboratorio clínico, ultrasonido, rayos X, mastografía, hemodiálisis, electrocardiografía, electroencefalografía, tomografía axial computarizada, camas no censables, citología exfoliativa, hospitalización, sala de expulsión, terapia intensiva, terapia intermedia, terapia neonatal, laboratorio de histocompatibilidad, banco de órg. y tejidos, sus componentes y células, banco de sangre y/o servicios de transfusión, central de equipos y esterilización (ceye), cocina comedor, lavandería, cuarto de máquinas, planta de emergencia, ambulancia(s) y urgencias.
---	---

6B.- EN CASO DE TRASPLANTES INDIQUE EL TIPO DE TRASPLANTES QUE PRETENDE REALIZAR

En caso de trasplantes, indicar el tipo de trasplantes que pretende realizar	Marque con una "X" el o los recuadro correspondientes al órgano o tejido de los que realizarán los trasplantes puede marcar más de un recuadro de acuerdo al órgano(s), tejido(s) o células que se pretenden trasplantar.
--	---

7 PARA BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION SANGUINEA

Servicios con que cuenta El establecimiento	Señale con una "X" los servicios con los que cuenta el establecimiento: Sala de espera, exámenes médicos, laboratorio clínico, obtención de sangre, fraccionamiento y conservación, aplicación de sangre y sus componentes, control administrativo y suministro e instalaciones sanitarias.
---	---

Estampar con firma autógrafa y nombre del propietario o representante legal o responsable sanitario del establecimiento