

DIGIPRIS

Manual de uso



▼ **Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (consultorios y ambulancias)**
COFEPRIS-05-036

▼ **Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (consultorios y ambulancias)**
COFEPRIS-05-056



A continuación se enlistan los pasos para el alta del Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (COFEPRIS-05-036) para consultorios y para ambulancias y el Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud de un consultorio o una ambulancia (COFEPRIS-05-056).

Acceso al Sistema

1.- Para entrar a DIGIPRiS ingrese a <https://www.gob.mx/cofepris>, diríjase a la sección “ligas de interés” y de clic en **“Plataforma de trámites autogestivos y electrónicos”**.

LIGAS DE INTERÉS

Aa+
Aa-

Plataforma de distribuidores irregulares de medicamentos
Ir al sitio >

Plataforma de trámites autogestivos y electrónicos
Ir al sitio >

TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS
Trámites de Registros Sanitarios
Ir al sitio >



2.- Una vez en el sitio, dará clic en la sección de “Trámites autogestivos”, posteriormente en “Inicio de sesión”.

* En caso de no tener usuario, dar clic en "Registrarse" ([Manual Registro DIGIPRiS](#))*

Trámites autogestivos

Trámites que no requieren cita, ni evaluación por parte de la Cofepris. Los datos registrados por el usuario se validarán dentro de DIGIPRIS, dando una respuesta inmediata y digital.

Es necesario que el usuario esté dado de alta en DIGIPRIS y cuente con la e.firma.

[Accede aquí](#)

- [Conoce los manuales DIGIPRIS](#)
- [Preguntas frecuentes](#)

Trámites electrónicos

Trámites realizados vía portal de internet que pueden tener una

DIGIPRIS: Plataforma de Trámites y Servicios de la COFEPRIS

DIGIPRIS te ofrece la opción de **realizar trámites a través de la web**

DIGIPRIS es la plataforma de la Cofepris que permite realizar trámites y servicios de forma más ágil, basándose en las mejores prácticas regulatorias.

Con DIGIPRIS, nos dirigimos hacia:

- Una mayor eficiencia en la gestión de los trámites, lo que reduce la carga administrativa de la ciudadanía.
- Una transformación profunda al interior de la Cofepris, en términos de modernización administrativa y sustentabilidad, con el fin de convertirnos en una institución 100% libre de papel.
- El ejercicio efectivo de la transparencia, la rendición de cuentas y el combate a la corrupción, al garantizar la trazabilidad de cada uno de los trámites.

¿Quiénes pueden usar la plataforma?

La digitalización refrenda nuestro compromiso como agencia de regulación sanitaria innovadora, que protege la salud de las personas en nuestro país. De esta forma, se optimiza y garantiza la confianza, certeza y seguridad en nuestros trámites y servicios.

Por ello, a través de DIGIPRIS se busca que personas físicas y morales puedan ingresar de forma digital sus trámites, desde la comodidad de su hogar, negocio u oficina las 24 horas del día, los 365 días del año.

Regístrate o inicia sesión para utilizar DIGIPRIS y realizar tus trámites y servicios en línea.

3.- Para iniciar sesión, se deberán ingresar los datos de la e-firma (Certificado.cer) con la que se registró previamente, dar clic en “Validar datos”, visualice que los datos vinculados a la e-firma sean correctos y de clic en “Continuar”.

DIGIPRIS: Plataforma de Trámites y Servicios de la COFEPRIS

Inicio de sesión

Ingresa los siguientes datos para acceder a tu cuenta:

Certificado (.cer)(*):

Llave privada (.key)(*):

Contraseña de clave privada(*):

* Campos obligatorios

DIGIPRIS: Plataforma de Trámites y Servicios de la COFEPRIS

Inicio

Listo, tus datos son correctos

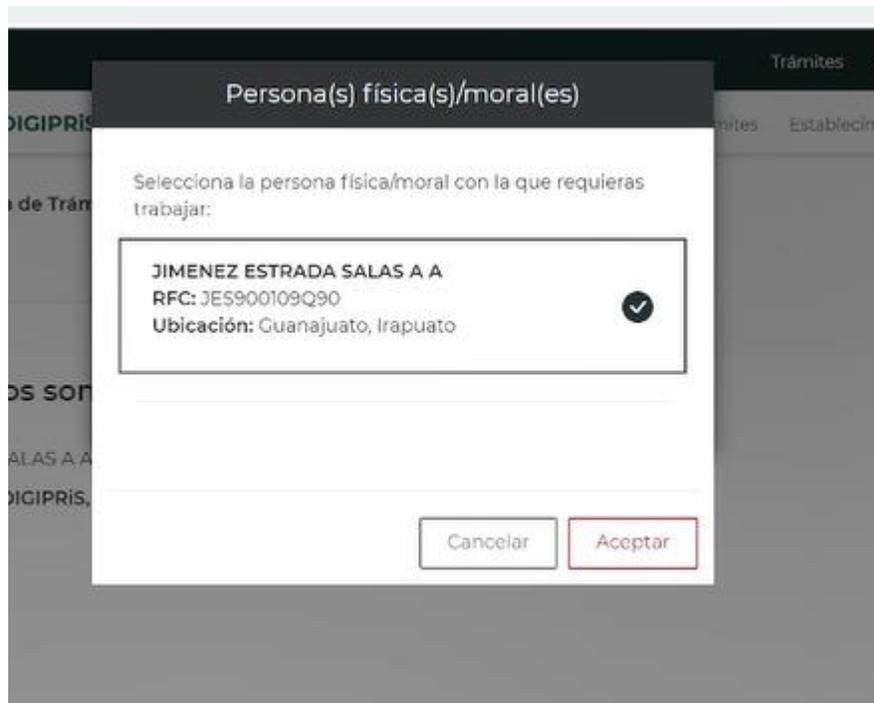
RFC: ZUNZ0200R4
ZAPATERIA URTADO NERI SA DE CV

Antes de acceder a DIGIPRIS, selecciona la empresa con la que requieras trabajar:





4.- Seleccione la persona física/moral con la que se va a realizar el trámite.



5.- En la página principal de su sesión, desplácese a la parte inferior de la ventana, a la sección de Funcionalidades de la plataforma y en **Catálogo de trámites** de clic en “Ver trámites”.

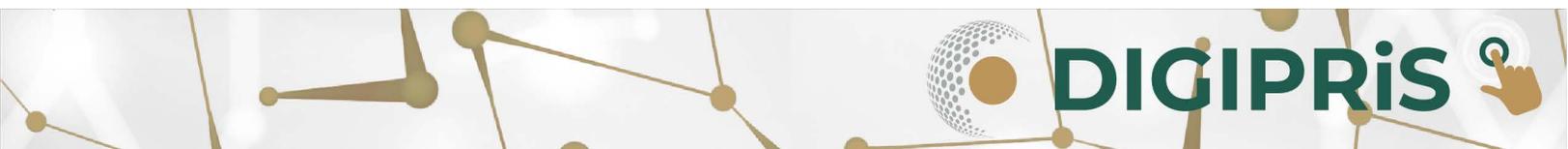
Funcionalidades de la plataforma



*Si se va a realizar el alta del Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud, continuar con el [numeral 6](#).

**Si se va a realizar el alta del Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de ambulancia, continuar con el [numeral 16](#).

***Si se va a realizar un Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud, pasa al [numeral 23](#).





****Si se va a realizar un Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de ambulancia, continuar con el [numeral 32](#).

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

6.- En el catálogo de trámites se va a seleccionar “Servicio de Salud” y posteriormente Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.

Catálogo de trámites

Mis trámites

Clase de trámite: Avisos

Avisos

1 Avisos

Insumos para la salud

Servicio de salud

Productos y servicios

Salud ambiental

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

7.- Para dar inicio al trámite, en la parte superior de la página, se va a seleccionar donde indica **Alta** y se dará clic en “Iniciar trámite”.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

(COFEPRIS-05-036)

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Alta

Modificación, Suspensión o Baja

Este trámite se realiza cuando se trate de la notificación del funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud, así como del alta de un servicio de ambulancia asociada al establecimiento. Este aviso se ingresa siempre y cuando la empresa con establecimiento de atención médica no practique actos quirúrgicos u obstétricos. Deberán ser profesionales con título registrado por las autoridades.

En este trámite también puedes agregar una nueva actividad industrial (SCIAN) a uno de tus establecimientos registrados.

Iniciar trámite

** Antes de iniciar el trámite, cerciorarse de tener los requisitos documentales necesarios.



Consultorios

8.- Para iniciar el trámite es necesario proporcionar información sobre el propietario, establecimiento, responsable sanitario y producto o servicio.

En la sección de **Propietario**, verifique que los datos generales de la persona moral/física, representante legal y domicilio fiscal, sean correctos, de serlo, se dará clic en “*Guardar y continuar*”.

Propietario	Propietario
Establecimiento	Datos generales
Responsable sanitario	
Producto o servicio	Persona moral:
Ambulancia	Denominación o razón Social: JIMENEZ ESTRADA SALAS A A RFC: JES900109Q90
Protesta de verdad	Representante legal:
Firmar trámite	Nombre completo: oscar kalaha h RFC: KAH0641101B359 CURP: KAH0641101HNTLKS06 Teléfono: 5555555555 Extensión: 999 Correo electrónico: ramonocampo7@gmail.com

9.- En la pestaña relacionada al **Establecimiento** se deberá ingresar:

9.1.- Datos generales; nombre y domicilio del establecimiento.

Nota: Si al capturar el “Nombre del establecimiento” le aparece la leyenda “Este nombre ya está registrado intente con otro”, lo más probable es que ya tenga un establecimiento registrado con ese mismo nombre y podrá encontrarlo al dar clic en el botón “*Seleccionar*” uno de sus establecimientos.



Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Homoclave: COFEPRIS-05-036

Propietario <input checked="" type="checkbox"/>	<p>Establecimiento</p> <p>Paso 1 Datos Paso 2 Actividad Paso 3 Representantes Paso 4 Vista previa</p> <p>Puede seleccionar uno de sus establecimientos</p>  <input type="button" value="Seleccionar"/>
Establecimiento	
Responsable sanitario	
Producto o servicio	
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

ATENCIÓN: "DIGIPRiS no permite cambios en datos de establecimiento nombre o razón social y, dirección en DIGIPRiS, asegúrese de cargar los datos correctamente ya que si requiere modificar esta información tendrá que dar baja el establecimiento y dar de alta otro Aviso de Funcionamiento con los datos correctos".

9.2.- Seleccionar el sector al que se pertenece y una de las claves SCIAN así como la fecha de inicio de operaciones y el horario de atención. Al concluir deberá dar clic en "Guardar y continuar", después se ingresarán los datos del representante legal y persona autorizada, así como poder notarial o acta constitutiva señalando que alcance tiene, al concluir seleccione "Guardar y continuar".

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Homoclave: COFEPRIS-05-036

Propietario <input checked="" type="checkbox"/>	<p>Establecimiento</p> <p>Paso 1 Datos Paso 2 Actividad Paso 3 Representantes Paso 4 Vista previa</p> <p>Actividad industrial</p> <p>Sistema de Clasificación Industrial (SCIAN)(*): Selecciona una categoría y la(s) actividad(es) industrial(es) que necesites registrar</p> <p>Sector*: <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado</p>
Establecimiento	
Responsable sanitario	
Producto o servicio	
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	





9.3.- Al finalizar de ingresar la información que se requiere del establecimiento, podrá verificar que sean correctos en la vista previa y en caso de ser correctos, de clic en “Continuar” y después en “Confirmar” para pasar a la siguiente pestaña.

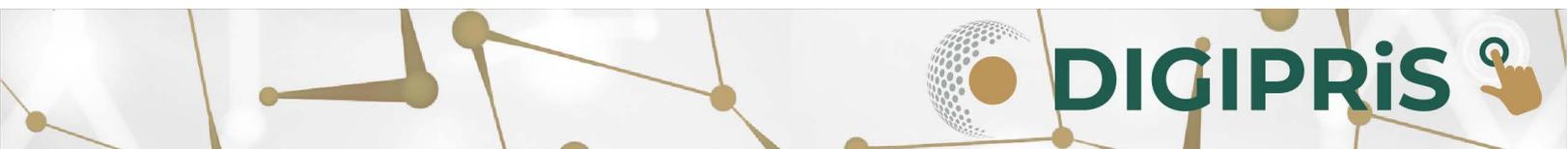
Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Homoclave: COFEPRIS-05-036

Propietario	<p>Establecimiento</p> <p>Paso 1 Datos</p> <p>Paso 2 Actividad</p> <p>Paso 3 Representantes</p> <p>Paso 4 Vista previa</p> <p>Vista previa</p> <hr/> <p>Datos generales Modificar</p> <hr/> <p>Nombre del establecimiento(*): Establecimiento Médico S. A. de C. V.</p>
Establecimiento	
Responsable sanitario	
Producto o servicio	
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

10.- En la siguiente pestaña, ingrese la información correspondiente del Responsable Sanitario, sus datos generales, así como su perfil profesional y número de cédula profesional y su jornada laboral y al concluir se dará clic en “Guardar y continuar”.

Propietario	<p>Paso 1 Datos</p> <p>Paso 2 Jornada laboral</p> <p>Paso 3 Vista previa</p> <p>Jornada laboral</p> <hr/> <p>Días de atención (*): <input checked="" type="checkbox"/> Lunes <input checked="" type="checkbox"/> Martes <input checked="" type="checkbox"/> Miércoles <input checked="" type="checkbox"/> Jueves <input checked="" type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo</p> <p>Hora de entrada(*): <input type="text" value="13:00"/> Hora de salida(*): <input type="text" value="17:00"/></p> <p>Agregar horario</p> <p>* Campos obligatorios</p> <p style="text-align: right;"> <input type="button" value="Regresar"/> <input type="button" value="Guardar y continuar"/> </p>
Establecimiento	
Responsable sanitario	
Producto o servicio	
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	





10.1.- Al concluir de ingresar la información del responsable sanitario, se visualizará una vista previa, con la opción de modificarla, o en su caso proseguir dando clic en “Continuar” y posteriormente en “Guardar y continuar” para pasar a la siguiente pestaña.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Homoclave: COFEPRIS-05-036

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
Producto o servicio	
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

Responsable sanitario

Paso 1
Datos

Paso 2
Jornada laboral

Paso 3
Vista previa

✓

¡Muy bien!
Has completado los datos del responsable sanitario
Continúa con los datos del producto o servicio

Guardar y continuar

11.- Si seleccionó “Consultorio de atención médica especializada”, indique el tipo de especialidad del Servicio de salud que se trata, y al concluir, se dará clic en “Guardar”.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
Producto o servicio	
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

Producto o servicio

Servicio de salud

Consultorios de medicina especializada del sector privado **SCIAN: 621113**

Debes seleccionar cuando menos un producto o servicio(*):

Servicios Salud ⊕ ⊖

Proceso: Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios

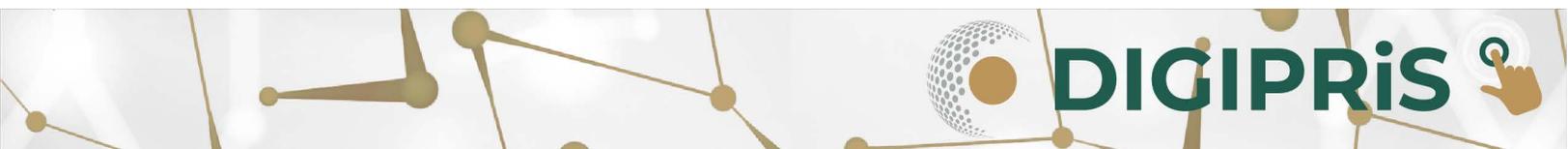
Selecciona Grupo(*):

Consultorio de atención médica especializada

Especialidad de Servicios de Salud

Cancelar
Guardar

*Al tratarse de un consultorio de atención médica especializada, la pestaña de **Ambulancia**, no se tendrá activa para el registro de información.





12.- En la pestaña “**Protesta de verdad**”, después de leer la declaración, y si se está de acuerdo, dar clic en “*Acepto protesta de decir verdad*”, así mismo se deberá señalar si se está de acuerdo o no en que los datos sean públicos, y si se desea recibir notificación a través de medios electrónicos, para finalizar seleccioné “*Guardar y continuar*”.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Producto o servicio	✓
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

Protesta de decir verdad

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo 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 declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente.

Acepto protesta de decir verdad(*)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial,
¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?(*):

Sí No

Es voluntad de mi representada que se notifique la presente solicitud a través de medios electrónicos.(*)

* Campos obligatorios

[Regresar](#) [Guardar y continuar](#)

13.- Para concluir se solicitará que el responsable sanitario y el representante legal o propietario, firmen el trámite con certificado de la e.firma, se dará clic en “*Entendido*” para poder continuar a la firma.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
Producto o servicio	✓
Ambulancia	✓
Protesta de verdad	✓
Firmar trámite	

¡Muy bien!

Los datos del trámite han sido registrados.

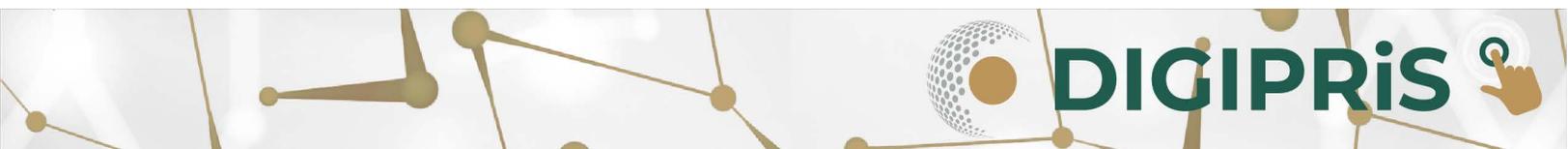
Para concluir el trámite, es necesario que, en primer lugar, el **Responsable sanitario** firme con su certificado de e.firma y posteriormente el **Propietario o Representante Legal**

Enviaremos un correo electrónico al Responsable sanitario así como al Propietario o Representante legal con la solicitud de firma de trámite.

Firmantes de este trámite	Firma
Responsable sanitario del establecimiento: Oscar Kalaha Haaz	pendiente
Representante legal: María Guadalupe Ramos Reyes Ramos Reyes	pendiente

Puedes seguir realizando trámites.

[Entendido](#)





14.- Para concluir el trámite, en la última pestaña **Firmar trámite**, tanto el Responsable Sanitario como el Propietario o Representante Legal, firmarán el trámite con su certificado de e.firma. Primero recibirá un correo electrónico el responsable sanitario para firmar el trámite, una vez que se firme por parte de éste, le llegará un correo al representante legal para la firma y finalización del trámite.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
Producto o servicio	✓
Ambulancia	✓
Protesta de verdad	✓
Firmar trámite	

Clave privada (.key)

Contraseña de clave privada(*)

* Campos obligatorios

Firma del propietario o representante legal
Por favor, introduzca su **certificado de e.firma**, compuesto por dos archivos: **.cer** y **.key**. Serán validados por el sistema

Certificado (.cer) (*)

Llave privada (.key) (*)

Contraseña de clave privada (*)

* Campos obligatorios

15.- Al concluir de ingresar los certificados e.firma solicitados, de clic en *"Firmar"* y se notificará que el trámite ha quedado registrado. El acuse de aviso llegará por correo electrónico y a su vez podrá descargarlo dando clic en *"Descargar aviso"*. Para concluir seleccionar *"Finalizar"*.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

¡Muy bien, has firmado tu trámite!

El trámite ha sido registrado con el número de ingreso **2209015036X00003**, Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud COFEPRIS-05-036

Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.



Alta de Ambulancias

16.- Para iniciar el trámite es necesario proporcionar información sobre el propietario, establecimiento, responsable sanitario y producto o servicio.

En la sección de **Propietario**, verifique que los datos generales de la persona moral/física, representante legal y domicilio fiscal, sean correctos, de serlo, se dará clic en “*Guardar y continuar*”

Propietario	Propietario
Establecimiento	Datos generales
Responsable sanitario	
Producto o servicio	Persona moral:
Ambulancia	Denominación o razón Social: JIMENEZ ESTRADA SALAS A A RFC: JES900109Q90
Protesta de verdad	Representante legal:
Firmar trámite	Nombre completo: oscar kalaha h RFC: KAH0641101B39 CURP: KAH0641101HNTLK506 Teléfono: 5555555555 Extensión: 999 Correo electrónico: ramonocampos7@gmail.com

17.- En la pestaña relacionada al **Establecimiento** se deberá ingresar:

17.1 Datos generales; nombre y domicilio del establecimiento.

Nota: Si al capturar el “Nombre del establecimiento” aparece la leyenda “Este nombre ya está registrado intenta con otro”, lo probable es que ya se tenga un establecimiento registrado con ese mismo nombre y podrá encontrarlo al dar clic en el botón “Seleccionar” uno de sus establecimientos.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Homoclave: COFEPRIS-05-036

Propietario	Establecimiento
Establecimiento	Paso 1 Datos
Responsable sanitario	Paso 2 Actividad
Producto o servicio	Paso 3 Representantes
Ambulancia	Paso 4 Vista previa
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

Puede seleccionar uno de sus establecimientos





17.2.- Cuando se tenga que ingresar las claves SCIAN, en la sección del establecimiento, se seleccionará **servicio de ambulancias SCIAN: 621910**, continuaremos ingresando el inicio de operaciones y su horario de atención y dar clic en “*Guardar y continuar*”.

*Si se requiere se puede agregar un horario extra.

Responsable sanitario
Producto o servicio
Ambulancia
Protesta de verdad
Firmar trámite

Actividad industrial

Sistema de Clasificación Industrial (SCIAN)(*):
Selecciona una categoría y la(s) actividad(es) industrial(es) que necesites registrar

Sector*:
 Público Privado

- Consultorios de psicología del sector privado **SCIAN: 621331**
- Consultorios del sector privado de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje **SCIAN: 621341**
- Consultorios de nutriólogos y dietistas del sector privado **SCIAN: 621391**
- Otros consultorios del sector privado para el cuidado de la salud **SCIAN: 621398**
- Centros de planificación familiar del sector privado **SCIAN: 621411**
- Centros del sector privado de atención médica externa para enfermos mentales y adictos **SCIAN: 621421**
- Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector privado **SCIAN: 621511**
- Servicios de ambulancias **SCIAN: 621910**
- Residencias del sector privado con cuidados de enfermeras para enfermos convalécientes, en rehabilitación, incurables y terminales **SCIAN: 623111**

17.3 Después se ingresarán los datos del representante legal y persona autorizada, así como poder notarial o acta constitutiva señalando que alcance tiene, al concluir de ingresar la información se dará clic en “*Guardar*”.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Homoclave: COFEPRIS-05-036

Propietario
Establecimiento
Responsable sanitario
Producto o servicio
Ambulancia
Protesta de verdad
Firmar trámite

Establecimiento

Paso 1
Datos

Paso 2
Actividad

Paso 3
Representantes

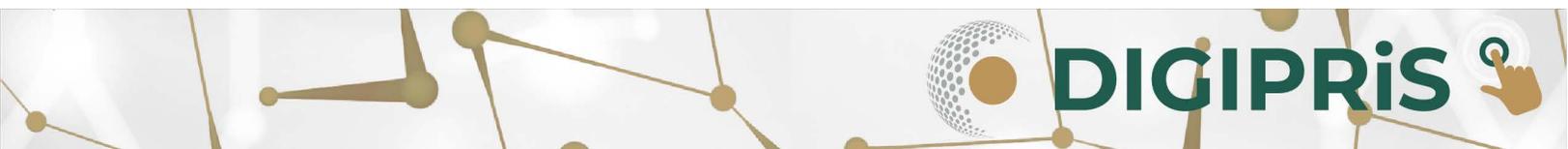
Paso 4
Vista previa

Representante legal y persona autorizada

Selecciona tu Representante legal y Personas autorizadas:

Representante legal 0 (+)

Agregar representante legal





17.4 Para concluir la información del establecimiento, en la vista previa de la información que se ingresó se podrá modificar. Después de revisarla o modificar lo necesario, se dará clic en “continuar” y después en “Confirmar”.

Propietario	✓
Establecimiento	
Responsable sanitario	
Producto o servicio	
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

Establecimiento

Paso 1 Datos → **Paso 2** Actividad → **Paso 3** Representantes → **Paso 4** Vista previa

Vista previa

Datos generales

[Modificar](#)

Nombre del establecimiento(*):
Prueba 36

Teléfono(*): 5555555530 **Extensión:** 11

*Al tratarse de servicio de ambulancias, la plataforma le redirigirá a la sección de “**Ambulancia**”.

18.- En la sección de **Ambulancia** se ingresarán datos de la ambulancia como:

- Tipo de servicio
- Tipo de ambulancia
- Los datos del vehículo
- Lugar donde se estacionará la ambulancia

Al concluir se dará clic en “*Guardar y continuar*”.

Propietario	✓
Responsable sanitario	✓
Producto o servicio	✓
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

Paso 1 Datos de ambulancia → **Paso 2** Responsable → **Paso 3** Vista previa

Datos de ambulancia

Tipo de servicio(*):
 Cuidados intensivos Urgencia Traslado

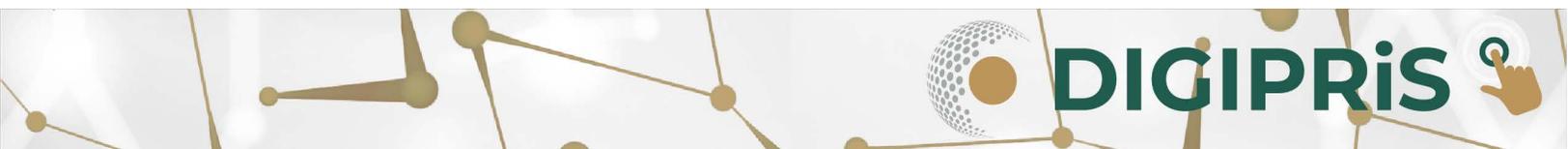
Tipo de ambulancia(*):
 Aérea Marítima Terrestre

Datos del vehículo:

Marca(*): **Modelo(*):**

Número de placas: **Número de motor(*):**

Estacionamiento de la ambulancia





Nota: Si ya se había realizado un trámite de esta modalidad y clave SCIAN, cuando se realice un nuevo trámite con el mismo establecimiento, se tendrá ya el registro de las ambulancias que se han registrado.

Producto o servicio ▼

- Ambulancia
- Protesta de verdad
- Firmar trámite

Ambulancia(s) registrada(s)

Ambulancia	Responsable
PRUEB134	Xavier Caceres Cisca
<p>Tipo de servicio:</p> <p>Tipo de ambulancia:</p> <p>Datos del vehículo:</p> <p>Marca: Nissan Modelo: Siena</p> <p>Número de placas: PRUEB134 Número de motor: DSD4556</p> <p>Estacionamiento de la ambulancia:</p>	
PRUEB135	Xavier Caceres Cisca

18.1- Continuar con los responsables sanitarios de la ambulancia ingresando sus datos generales, su perfil profesional, su jornada laboral y al concluir se dará clic en “*Guardar y continuar*”.

Producto o servicio ▼

- Ambulancia
- Protesta de verdad
- Firmar trámite

Responsable sanitario de ambulancia

Es necesario que asignes un responsable de ambulancia.

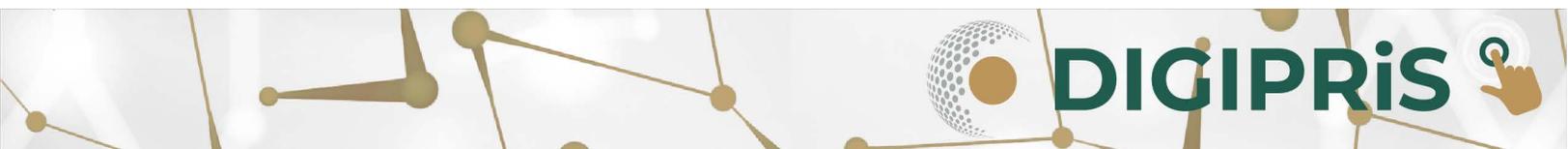
Datos generales

Nombre(s)(*):

Primer Apellido(*): **Segundo Apellido:**

RFC(*):

CURP(*):





18.2.- Cuando se termine de ingresar la información solicitada revise en la vista previa de la misma, que le permite modificar si fuese necesario, al término se dará clic en “Confirmar” y después en “Guardar y continuar”.

Responsable sanitario <input checked="" type="checkbox"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <div style="background-color: #800040; color: white; padding: 5px; border-radius: 5px;">Paso 1 Datos de ambulancia</div> <div style="background-color: #800040; color: white; padding: 5px; border-radius: 5px;">Paso 2 Responsable</div> <div style="background-color: #800040; color: white; padding: 5px; border-radius: 5px;">Paso 3 Vista previa</div> </div> <h3 style="margin: 0;">Vista previa</h3> <hr/> <p>Datos de ambulancia:</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Tipo de servicio: Urgencia Tipo de ambulancia: Terrestre</p> <p>Datos del vehículo:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Marca: Nissan</td> <td style="width: 50%;">Modelo: Siena</td> </tr> <tr> <td>Número de placas: PRUEB134</td> <td>Número de motor: DSD4556</td> </tr> </table> <p>Estacionamiento de la ambulancia: Calle Oklahoma, No. 15, Ajuilco, Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.</p> <p>Vialidades: Entre Calle Filadelfia, Calle Dakota y NA Referencia: Planta numero 3</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Modificar</p> </div>	Marca: Nissan	Modelo: Siena	Número de placas: PRUEB134	Número de motor: DSD4556
Marca: Nissan	Modelo: Siena				
Número de placas: PRUEB134	Número de motor: DSD4556				

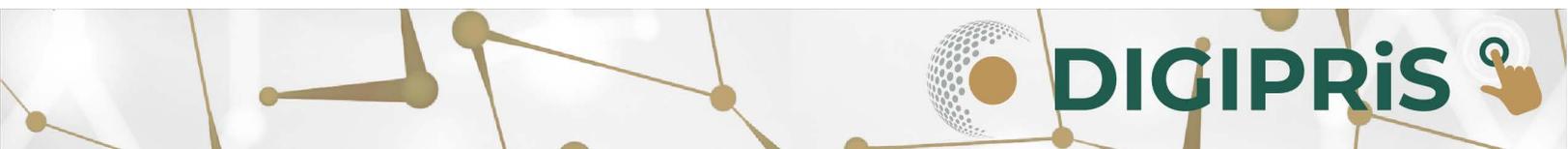
19.- Continuar con la pestaña **Protesta de verdad**, el cual, si después de leerlo se está de acuerdo, dar clic en “Acepto protesta de decir verdad”, al igual indicar si se desea que los datos anexos sean públicos y si se desea que al representante se le notifique por medios electrónicos. Al concluir dar clic en “Guardar y continuar”.

Propietario <input checked="" type="checkbox"/>	Protesta de decir verdad
Establecimiento <input checked="" type="checkbox"/>	<p>Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo 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.</p> <p>Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Acepto protesta de decir verdad(*)</p>
Producto o servicio <input checked="" type="checkbox"/>	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	<p>Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?(*):</p> <p><input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No</p> <hr/> <p><input checked="" type="checkbox"/> Es voluntad de mi representada que se notifique la presente solicitud a través de medios electrónicos.(*)</p>

* Campos obligatorios

Regresar

Guardar y continuar





20.- Para concluir se solicitará que el responsable sanitario y el representante legal o propietario, firmen el trámite con certificado de la e.firma, se dará clic en “Entendido” para poder continuar a la firma.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
Producto o servicio	✓
Ambulancia	✓
Protesta de verdad	✓
Firmar trámite	

¡Muy bien!
Los datos del trámite han sido registrados.

Para concluir el trámite, es necesario que, en primer lugar, el **Responsable sanitario** firme con su certificado de e.firma y posteriormente el **Propietario o Representante Legal**

Enviaremos un correo electrónico al Responsable sanitario así como al Propietario o Representante legal con la solicitud de firma de trámite.

Firmantes de este trámite	Firma
Responsable sanitario del establecimiento: Oscar Kalaha Haaz	pendiente
Representante legal: María Guadalupe Ramos Reyes Ramos Reyes	pendiente

Puedes seguir realizando trámites.



21- Primero el responsable sanitario de la ambulancia, deberá ingresar a su registro, para poder seleccionar el trámite pendiente de firma e ingresar el certificado de la e.firma para firmar el trámite.

Firma del responsable sanitario de la ambulancia

(CACX7605101P8)

Por favor, introduzca su **certificado de e.firma**, compuesto por dos archivos: **.cer** y **.key**. Serán validados por el sistema

Certificado (.cer)(*): ?

cacx7605101p8.cer

Buscar

Llave privada (.key)(*): ?

Ubica tu llave privada

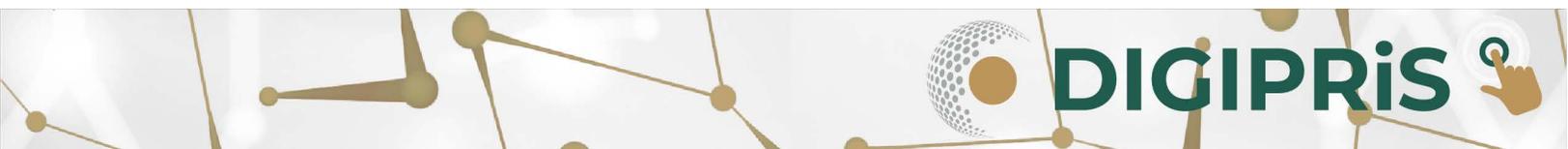
Buscar

Contraseña de clave privada(*): ?

Escribe tu contraseña

* Campos obligatorios

Validar datos





Posteriormente, el representante legal ingresará de igual manera a su sesión, para ingresar el certificado de la e.firma, y dar clic en “Firmar”

Firma del propietario o representante legal

Por favor, introduzca su **certificado de e.firma**, compuesto por dos archivos: **.cer** y **.key**. Serán validados por el sistema

Certificado (.cer)(*): ?

xoji740919u48.cer

Buscar

Llave privada (.key)(*): ?

Ubica tu llave privada

Buscar

Contraseña de clave privada(*): ?

Escribe tu contraseña

* Campos obligatorios

Cancelar

Firmar

22.- Al concluir de ingresar los certificados e.firma solicitados, se notificará que el trámite ha quedado registrado. El acuse de aviso llegará por correo electrónico y a su vez podrá descargarlo dando clic en “Descargar acuse”. Para concluir seleccionar “Finalizar”.

¡Muy bien, has firmado tu trámite!

El trámite ha sido registrado con el número de ingreso **2209145036X00003**, Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.

Modalidad .- No Aplica COFEPRIS-05-036

Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.

Descargar acuse

Finalizar





Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

23.- En el catálogo de trámites se va a seleccionar “**Servicio de Salud**” y posteriormente Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.

Catálogo de trámites

Mis trámites

Clase de trámite: Avisos

Avisos

1 Avisos

Insumos para la salud

Servicio de salud

Productos y servicios

Salud ambiental

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

24.- Para dar inicio al trámite, en la parte superior de la página, se va a seleccionar donde indica **Modificación, Suspensión o Baja**, después se seleccionará un establecimiento para iniciar el trámite.

Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

(COFEPRIS-05-056)

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Alta Modificación, Suspensión o Baja

Para iniciar el trámite es necesario que selecciones uno de tus establecimientos



Seleccionar

Establecimientos registrados

1 establecimiento(s)

Clínica Bienestar S. A. de C. V. ✓
Ubicación: Ciudad de México, Cuauhtémoc
Dirección Roma Norte, Calle Puebla, 221, 3, 06700

Cancelar Aceptar

Si el Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicio de salud es de **consultorio sigue con el numeral 25** si se trata **de ambulancia pasa al numeral 32**.



25.- Después se deberá seleccionar el trámite el cual se requiera modificar, y corresponda a la clave SCIAN de un consultorio y se dará clic en *“Iniciar trámite”*.

Trámites relacionados al establecimiento*:

Número de ingreso: 2209155036X00003

Última actualización: 02/10/2022

1 actividades SCIAN

Número de ingreso: 2209155036X00004

Ambulancia: Número de placas: WEF26A

Última actualización: 02/10/2022

1 actividades SCIAN

* Campos obligatorios

[Ver información del trámite](#)

Inicia trámite

** Antes de iniciar el trámite, cerciorarse de tener los requisitos para este trámite dando clic en *“ver información del trámite”*.

26.- Al iniciar el trámite se revisará en pantalla los datos ingresados con anterioridad y se seleccionará la acción de *“Modificar”*.

Trámite

Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud



Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

COFEPRIS-05-056

Descargar acuse

Suspende

Modificar

Propietario

Propietario

Establecimiento

Persona moral:



27.- En la siguiente ventana se podrá navegar, por medio del menú vertical, a través de las secciones que se deseen modificar. Al terminar de modificar la información necesaria, se dará clic en “*Guardar y continuar*”.

Propietario	Establecimiento
	Responsable sanitario
	Producto o servicio
	Ambulancia
	Protesta de verdad
	Firmar trámite

Nombre completo: oscar karana n
RFC: KAH0641101B39
CURP: KAH0641101HNTLKS06
Teléfono: 5555555555 **Extensión:** 999
Correo electrónico: ramonocampo7@gmail.com

[Modificar](#)

Domicilio fiscal:

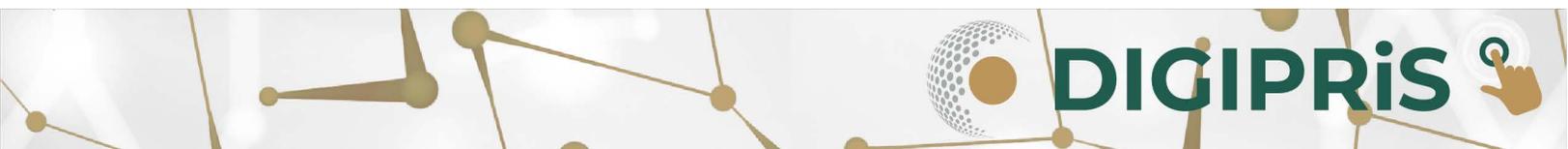
1, No 2, 2 La Salud, Irapuato,
C.P. 36510, Guanajuato.
Vialidades: Entre Calle 2, Calle 2 y 2
Referencia: 2
Teléfono: 5555555555 **Extensión:** 999

[Modificar](#)

* Campos obligatorios

[Cancelar](#) [Guardar y continuar](#)

ATENCIÓN: “DIGIPRiS no permite cambios en datos de establecimiento nombre o razón social y, dirección en DIGIPRiS, asegúrate de cargar los datos correctamente ya que si requieres modificar esta información tendrá que dar baja el establecimiento y dar de alta otro Aviso de Funcionamiento con los datos correctos”.





28.- Al terminar de modificar las pestañas necesarias, nuevamente dar lectura a la **Protesta de verdad** y de estar de acuerdo dar clic en “*Acepto protesta de decir verdad*”, así mismo señala si se está de acuerdo o no que los datos sean públicos, y si se desea recibir notificación a través de medios electrónicos, para finalizar seleccioné “*Guardar y continuar*”.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Producto o servicio	✓
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

Protesta de decir verdad

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo 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 declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente.

Acepto protesta de decir verdad(*)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial,
¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?(*):
 Sí No

Es voluntad de mi representada que se notifique la presente solicitud a través de medios electrónicos.(*)

* Campos obligatorios

[Regresar](#) [Guardar y continuar](#)

29.- Se notificará que los datos modificados han sido registrados, y solo se requiere la firma del responsable sanitario y del propietario o representante legal, para poder finalizar el trámite. Se dará clic en “*Entendido*”.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
Producto o servicio	✓
Ambulancia	✓
Protesta de verdad	✓
Firmar trámite	

¡Muy bien!

Los datos del trámite han sido registrados.

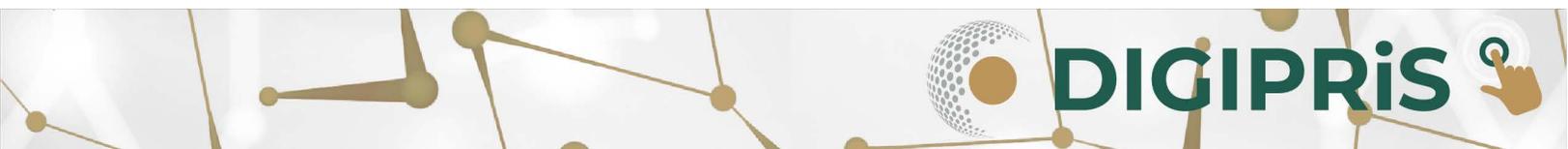
Para concluir el trámite, es necesario que, en primer lugar, el **Responsable sanitario** firme con su certificado de e.firma y posteriormente el **Propietario o Representante Legal**

Enviaremos un correo electrónico al Responsable sanitario así como al Propietario o Representante legal con la solicitud de firma de trámite.

Firmantes de este trámite	Firma
Responsable sanitario del establecimiento: María Guadalupe Ramos Reyes	pendiente
Representante legal: Luis Ian Nuzco	pendiente

Puedes seguir realizando trámites.

[Entendido](#)





30.- El responsable sanitario, ingresará su certificado de e.firma y dará clic en “Validar datos”, y a continuación ingresará su e.firma el propietario o representante legal y dará clic en “Firmar”.

Propietario ✓	Claveprivada_FIEL_HEHF7712015Z2_20181213_152003.key	Buscar
Establecimiento ✓	Contraseña de clave privada(*) ⓘ Escribe tu contraseña	
Responsable sanitario ✓	* Campos obligatorios	
Producto o servicio ✓	Validar datos	
Ambulancia ✓	Firma del propietario o representante legal	
Protesta de verdad ✓	Por favor, introduzca su certificado de e.firma , compuesto por dos archivos: .cer y .key . Serán validados por el sistema	
Firmar trámite	Certificado (.cer)(*) ⓘ iañl750210963.cer	Buscar
	Llave privada (.key)(*) ⓘ Claveprivada_FIEL_IAÑL750210963_20190614_170123.key	Buscar
	Contraseña de clave privada(*) ⓘ	
	* Campos obligatorios	Cancelar Firmar

31.- Al finalizar dar clic en “Descargar acuse” para visualizar su acuse y posteriormente en “Finalizar”.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

¡Muy bien, has firmado tu trámite!

El trámite ha sido registrado con el número de ingreso **2209155056X00002**, Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud COFEPRIS-05-056

Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.

Descargar acuse

Finalizar



Modificación de Ambulancias

32.- Después se deberá seleccionar el trámite el cual corresponda a la ambulancia que se requiera modificar la información y se dará clic en “Iniciar trámite”.

Trámites relacionados al establecimiento*:

Número de ingreso: 2209145036X00002
Ambulancia: Número de placas: PRUEB134
Última actualización: 10/10/2022

1 actividades SCIAN

Número de ingreso: 2209145036X00003
Ambulancia: Número de placas: PRUEB135
Última actualización: 10/10/2022

1 actividades SCIAN

Número de ingreso: 2209145036X00004
Ambulancia: Número de placas: PRUEB136
Última actualización: 10/10/2022

1 actividades SCIAN

* Campos obligatorios

[Ver información del trámite](#)

[Iniciar trámite](#)



33.- Al iniciar el trámite se revisará en pantalla los datos ingresados con anterioridad y se seleccionará la acción de “Modificar”.

Trámite

Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud



Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud
COFEPRIS-05-056

[Descargar acuse](#)

[Suspender](#)

[Modificar](#)



Propietario

Propietario



Establecimiento

Persona moral:





34.- En la siguiente ventana se podrá navegar, por medio del menú vertical, a través de las secciones que se deseen modificar. Al terminar de modificar la información necesaria, se dará clic en “*Guardar y continuar*”.

Propietario	<p>Nombre completo: oscar kariana n</p> <p>RFC: KAH0641101B39</p> <p>CURP: KAH0641101HNTLKS06</p> <p>Teléfono: 5555555555 Extensión: 999</p> <p>Correo electrónico: ramonocampo7@gmail.com</p> <p style="text-align: right;"> Modificar</p>
Establecimiento	
Responsable sanitario	
Producto o servicio	
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

Domicilio fiscal:

1, No 2, 2 La Salud, Irapuato,
C.P. 36510, Guanajuato.

Vialidades: Entre Calle 2, Calle 2 y 2

Referencia: 2

Teléfono: 5555555555 **Extensión:** 999

Modificar

* Campos obligatorios

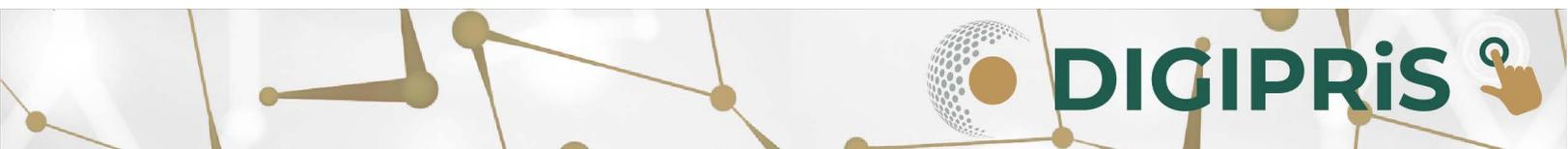
Cancelar
Guardar y continuar

Nota: No se puede modificar la denominación social o razón social, así como el CURP o RFC ingresado del Responsable sanitario.

35.- En la sección de ambulancias, solo se podrá editar el tipo de servicio y de ambulancia, número de placas de la unidad.

**No se puede modificar marca, modelo y número de motor de la unidad, así como los datos del domicilio del estacionamiento de la ambulancia.

Propietario <input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ambulancia</p> <hr/> <p>Vista previa</p> <hr/> <p>Datos de ambulancia:</p> <p>Tipo de servicio: Urgencia</p> <p>Tipo de ambulancia: Terrestre</p> <p>Datos del vehículo:</p> <p>Marca: Prueba Modelo: Ambulancia colectiva</p> <p>Número de placas: PRUEB135 Número de motor: DSD4556</p> <p>Estacionamiento de la ambulancia: Calle Oklahoma, No. 15, Ajuilco, Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.</p> <p>Vialidades: Entre Calle Filadelfia, Calle Dakota y NA</p> <p>Referencia: Planta numero 3</p> <p style="text-align: right;"> Modificar</p>
Establecimiento <input checked="" type="checkbox"/>	
Responsable sanitario <input checked="" type="checkbox"/>	
Producto o servicio <input checked="" type="checkbox"/>	
Ambulancia	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	





Ambulancia

Datos de ambulancia

Tipo de servicio(*):
 Cuidados intensivos Urgencia Traslado

Tipo de ambulancia(*):
 Aérea Marítima Terrestre

Datos del vehículo:

Marca(*): **Modelo(*):**

Número de placas: **Número de motor(*):**

Estacionamiento de la ambulancia

* Campos obligatorios

Teléfono(*): 4425612245 Extension: 3
Correo electrónico(*): prueba@gmail.com

36.- Al terminar de modificar las pestañas necesarias, nuevamente dar lectura a la **Protesta de verdad** y de estar de acuerdo dar clic en “*Acepto protesta de decir verdad*”, así mismo señala si se está de acuerdo o no que los datos sean públicos, y si se desea recibir notificación a través de medios electrónicos, para finalizar seleccioné “*Guardar y continuar*”.

- Propietario
- Establecimiento
- Producto o servicio
- Protesta de verdad
- Firmar trámite

Protesta de decir verdad

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo 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 declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente.

Acepto protesta de decir verdad(*)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?(*):

Sí No

Es voluntad de mi representada que se notifique la presente solicitud a través de medios electrónicos.(*)

* Campos obligatorios





37.- Se notificará que los datos modificados han sido registrados, y solo se requiere la firma del responsable sanitario y del propietario o representante legal, para poder finalizar el trámite. Se dará clic en “Entendido”.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
Producto o servicio	✓
Ambulancia	✓
Protesta de verdad	✓
Firmar trámite	

¡Muy bien!
Los datos del trámite han sido registrados.

Para concluir el trámite, es necesario que, en primer lugar, el **Responsable sanitario** firme con su certificado de e.firma y posteriormente el **Propietario o Representante Legal**

Enviaremos un correo electrónico al Responsable sanitario así como al Propietario o Representante legal con la solicitud de firma de trámite.

Firmantes de este trámite	Firma
Responsable sanitario del establecimiento: María Guadalupe Ramos Reyes	pendiente
Representante legal: Luis Ian Nuñez	pendiente

Puedes seguir realizando trámites.

Entendido

38.- Primero, el responsable sanitario, ingresará a su sesión para poder ingresar a la sección donde señala los trámites que están pendiente de firmar.

Avisos

Pendientes	(1)
Por firmar	(2)
Concluidos	(5)

2 por firmar Ordenar por: Nombre

Productos y servicios

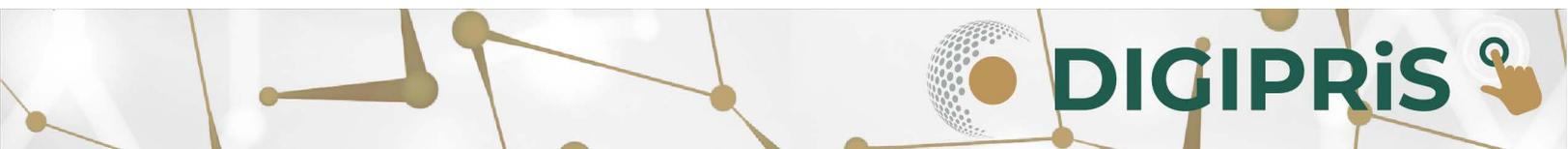
1 aviso(s) por firmar

Servicio de salud

1 aviso(s) por firmar

Firmar trámite

Propietario	Establecimiento
Establecimiento	Nombre del establecimiento
Actividad	Prueba 36
Representantes	Contacto
Producto o Servicio	Teléfono: 5555555530 Extensión: 11
Ambulancia	





38.1 Después ingresará su certificado de e.firma y dará clic en “Validar datos”, y a continuación ingresará su e.firma el propietario o representante legal y dará clic en “Firmar”.

Propietario	Claveprivada_FIEL_HEHF7712015Z2_20181213_152003.key	Buscar
Establecimiento	Contraseña de clave privada(*)	
Responsable sanitario	Escribe tu contraseña	
Producto o servicio	* Campos obligatorios	Validar datos
Ambulancia	Firma del propietario o representante legal	
Protesta de verdad	Por favor, introduzca su certificado de e.firma , compuesto por dos archivos: .cer y .key . Serán validados por el sistema	
Firmar trámite	Certificado (.cer)(*)	Buscar
	iañl750210963.cer	Buscar
	Llave privada (.key)(*)	Buscar
	Claveprivada_FIEL_IANL750210963_20190614_170123.key	Buscar
	Contraseña de clave privada(*)	
	
	* Campos obligatorios	Cancelar Firmar

38.2 A continuación el propietario o representante legal, deberá repetir la [acción 38](#) y [38.1](#) para poder concluir el trámite.

39.- Al finalizar dar clic en “Descargar acuse” para visualizar su acuse y posteriormente en “Finalizar”.

Modalidad .- No Aplica

¡Muy bien, has firmado tu trámite!

El trámite ha sido registrado con el número de ingreso **2209145056X00001**, Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.

Modalidad .- No Aplica COFEPRIS-05-056

Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.

Descargar acuse

Finalizar