

Instructivo de llenado del formato Servicios de Salud

RUPA: Registro Único de Personas Acreditadas (RUPA), es la interconexión y sistematización informática de los Registros de Personas Acreditadas, que son una inscripción que permite a los particulares (personas físicas y morales) la realización de trámites ante dependencias y organismos descentralizados, a través de un número de identificación único basado en el Registro Federal de Contribuyentes. El RUPA, tiene por objetivo integrar la información gubernamental sobre la constitución y funcionamiento de las empresas. Se entrega una sola vez los documentos correspondientes y se recibe un solo número de registro que sirve para distintos trámites en todas las dependencias del Gobierno Federal. El cual podrá solicitar en la página <http://www.rupa.gob.mx> en donde encontrará toda la información necesaria para realizar este trámite.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Escriba la HOMOCLAVE, NOMBRE y MODALIDAD DEL TRÁMITE según se describen a continuación:

Avisos relacionados con Licencia: La Licencia es una autorización que se otorga si se cumplen las condiciones sanitarias de un establecimiento. Cualquier modificación a las instalaciones o cambio de domicilio implica solicitud de nueva licencia, sin embargo existen datos que pueden ser actualizados a través de un aviso como los siguientes:

Alta	COFEPRIS-05-037	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.	
	COFEPRIS-05-089	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.	
	COFEPRIS-05-090	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.	
	COFEPRIS-05-091	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.	
	COFEPRIS-05-092	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicios de Sangre.	
	COFEPRIS-05-093	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Disposición de Células Troncales.	
	COFEPRIS-05-094	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Medicina Regenerativa.	
	Modificación o Baja	COFEPRIS-05-057	Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
		COFEPRIS-05-096	Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.
		COFEPRIS-05-097	Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.
COFEPRIS-05-098		Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.	
COFEPRIS-05-099		Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicios de Sangre.	
COFEPRIS-09-014		Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Disposición de Células Troncales.	
Baja	COFEPRIS-09-015	Aviso de Modificación o Baja del Responsable Sanitario del Establecimiento de Medicina Regenerativa.	
	COFEPRIS-05-076-A	Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad A.- Rayos X</u>	

- COFEPRIS-05-076-B** Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico.
Modalidad B.- Medicina Nuclear
- COFEPRIS-05-076-C** Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico.
Modalidad C.- Radioterapia

Actualización de Datos de Establecimiento que Opera con Licencia: La Licencia es una autorización que se otorga si se cumplen las condiciones sanitarias de un establecimiento. Cualquier modificación a las instalaciones o cambio de domicilio implica solicitud de nueva licencia, sin embargo existen datos que pueden ser actualizados a través de un aviso como los siguientes:

- COFEPRIS-05-059** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
- COFEPRIS-09-016** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.
- COFEPRIS-09-017** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.
- COFEPRIS-09-018** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.
- COFEPRIS-09-019-A** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicios de Sangre.
Modalidad A.- Banco de sangre
- COFEPRIS-09-019-B** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre.
Modalidad B.- Centro de Procesamiento de Sangre
- COFEPRIS-09-019-C** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre.
Modalidad C.- Centro de Colecta
- COFEPRIS-09-019-D** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre.
Modalidad D.- Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos
- COFEPRIS-09-019-E** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre.
Modalidad E.- Servicio de Transfusión Hospitalario
- COFEPRIS-09-019-F** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre.
Modalidad F.- Centro de Calificación Biológica
- COFEPRIS-09-020-A** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Disposición de Células Troncales.
Modalidad A.- Centro de Colecta de Células Troncales
- COFEPRIS-09-020-B** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Disposición de Células Troncales.
Modalidad B.- Banco de Células Troncales
- COFEPRIS-09-021** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud de Medicina Regenerativa.
- COFEPRIS-05-060-A** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico
Modalidad A.- Rayos X
- COFEPRIS-05-060-B** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico
Modalidad B.- Medicina Nuclear
- COFEPRIS-05-060-C** Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico
Modalidad C.- Radioterapia

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Solicitud de licencia:

Alta	COFEPRIS-05-024-A	Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad A.</u> - Rayos X.
	COFEPRIS-05-024-B	Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad B.</u> - Medicina Nuclear
	COFEPRIS-05-024-C	Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad C.</u> - Radioterapia
	COFEPRIS-05-034	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
	COFEPRIS-09-022	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.
	COFEPRIS-09-023	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.
	COFEPRIS-09-024	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.
	COFEPRIS-09-025-A	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad A.</u> - Banco de Sangre
	COFEPRIS-09-025-B	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad B.</u> - Centro de Procesamiento de Sangre
	COFEPRIS-09-025-C	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad C.</u> - Centro de Colecta
	COFEPRIS-09-025-D	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad D.</u> - Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos
	COFEPRIS-09-025-E	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad E.</u> - Servicio de Transfusión Hospitalario
	COFEPRIS-09-025-F	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad F.</u> - Centro de Calificación Biológica
	COFEPRIS-09-026-A	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Disposición de Células Troncales. <u>Modalidad A.</u> - Centro de Colecta de Células Troncales
	COFEPRIS-09-026-B	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Disposición de Células Troncales. <u>Modalidad B.</u> - Banco de Células Troncales
	COFEPRIS-09-027	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Medicina Regenerativa.
Modificación	COFEPRIS-05-025-A	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad A.</u> - Rayos X
	COFEPRIS-05-025-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad B.</u> - Medicina Nuclear
	COFEPRIS-05-025-C	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad C.</u> - Radioterapia

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

COFEPRIS-05-035	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
COFEPRIS-09-028	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.
COFEPRIS-09-029	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.
COFEPRIS-09-030	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.
COFEPRIS-09-031-A	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad A.</u> - Banco de Sangre
COFEPRIS-09-031-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad B.</u> - Centro de Procesamiento de Sangre
COFEPRIS-09-031-C	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad C.</u> - Centro de Colecta
COFEPRIS-09-031-D	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad D.</u> - Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos
COFEPRIS-09-031-E	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad E.</u> - Servicio de Transfusión Hospitalario
COFEPRIS-09-031-F	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad F.</u> - Centro de Calificación Biológica
COFEPRIS-09-032-A	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Disposición de Células Troncales. <u>Modalidad A.</u> - Centro de Colecta de Células Troncales
COFEPRIS-09-032-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Disposición de Células Troncales. <u>Modalidad B.</u> - Banco de Células Troncales
COFEPRIS-09-033	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Medicina Regenerativa.

Solicitud de permiso:

Alta	COFEPRIS-01-027	Permiso del Libro de Registro que Lleva el Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea
	COFEPRIS-05-026-A	Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad A.</u> - Rayos X
	COFEPRIS-05-026-B	Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad B.</u> - Medicina Nuclear
	COFEPRIS-05-026-C	Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad C.</u> - Radioterapia

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

	COFEPRIS-05-028	Solicitud de Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.
Modificación	COFEPRIS-05-027-A	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico <u>Modalidad A.-Rayos X</u>
	COFEPRIS-05-027-B	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad B.-Medicina Nuclear</u>
	COFEPRIS-05-027-C	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad C.- Radioterapia</u>
	COFEPRIS-05-029	Solicitud de Modificación al Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.

2. Datos del propietario

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono local: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del propietario.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado la Denominación o razón social ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Representante legal o apoderado que solicita el trámite

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del representante legal o apoderado que solicita el trámite.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del representante legal o apoderado que solicita el trámite.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del representante legal o apoderado que solicita el trámite.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del representante legal o apoderado que solicita el trámite.

Domicilio fiscal del propietario

Nota: Domicilio bajo el cual está registrado el ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP)

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio fiscal de la empresa.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio fiscal de la empresa, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior del domicilio fiscal de la empresa.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior en el domicilio fiscal de la empresa, también anotarlos.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio fiscal de la empresa, Por ejemplo: Nápoles, Rancho Las Américas.

Localidad: Localidad en donde se encuentra el domicilio fiscal de la empresa (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, en donde se ubica el domicilio fiscal de la empresa.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio fiscal de la empresa. Por ejemplo Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros se encuentra ubicado el domicilio fiscal de la empresa, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se encuentra ubicado el domicilio fiscal de la empresa.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)
Teléfono local: 57 31 49 52
Extensión (cuando aplique): 1494

3. Datos del establecimiento

Seleccione si el establecimiento pertenece al sector público, social o privado.

PÚBLICO: 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.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento (Ejemplo: Farmacia Lupita, Laboratorios Terra, S.A. de C.V., Procesadora de Alimentos S. de R.L. de C.V., etc.)

Indique la clave y descripción del giro que corresponda a el establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN: Número completo del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, puede indicar más de una.

Descripción del SCIAN: Descripción de la actividad(es) que realiza el establecimiento correspondiente a la clave seleccionada.

Horario de operaciones: Indique los días de la semana que estará abierto el establecimiento y escriba el horario de funcionamiento o de atención al público hora de apertura y de cierre. Ejemplo:

D	X	X	X	X	X	S	de	09:00	a	19:00
								HH:MM		HH:MM
D	L	M	M	J	V	X	de	09:00	a	14:00
								HH:MM		HH:MM

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Fecha de inicio de operaciones: Indique la fecha en que el establecimiento iniciará actividades aproximadamente empezando por el día, mes y año. Ejemplo:

21	/	07	/	2017
DD		MM		AAAA

RFC del responsable sanitario: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el responsable sanitario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Número de licencia sanitaria: Número completo de la licencia sanitaria (en caso de modificación o baja).

En caso de solicitud de licencia sanitaria de radioterapia, especifique:

- **Braquiterapia:** Es la forma de radioterapia donde las fuentes radiactivas se sitúan en la vecindad del tumor a tratar o en su interior.(NOM-002-SSA3-2007)
- **Teleterapia:** Forma de radioterapia a distancia, que utiliza radiación ionizante proveniente de un equipo especialmente diseñado para tal efecto.(NOM-002-SSA3-2007)

Domicilio del establecimiento

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento.
Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.
Número exterior: Indique el número exterior del domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento.
Número interior: En caso de contar con número o letra interior en el domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento, también anotarlo.
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento, Por ejemplo: Nápoles, Rancho Las Américas.
Localidad: Localidad del domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento (cuando aplique).
Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, en donde se ubica el domicilio del establecimiento.
Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento. Por ejemplo Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros se encuentra ubicado el domicilio del establecimiento, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se encuentra ubicado el domicilio del establecimiento.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:
 Lada: 01 (55)
 Teléfono local: 57 31 49 52
 Extensión (cuando aplique): 1494

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal

Representante Legal: (Artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo) 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.

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del representante legal

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del representante legal

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del representante legal

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:
 Lada: 01 (55)
 Teléfono local: 57 31 49 52
 Extensión (cuando aplique): 1494

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del representante legal

Persona autorizada

Persona Autorizada: (Artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo) 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 y recibir notificaciones, realizar trámites, gestiones y comparecencias que fueren necesarias para la tramitación de tal procedimiento, incluyendo la interposición de recursos administrativos.

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas de la persona autorizada.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas de la persona autorizada.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas de la persona autorizada.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono local: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco de la persona autorizada.

4. Datos del responsable de establecimiento de salud que opera con licencia sanitaria

Seleccione el tipo de servicio conforme a lo siguiente:

- Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos
- Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células
- Servicios de Sangre (especifique el tipo de servicio de proporciona el establecimiento):
 - Banco de Sangre
 - Centro de Procesamiento de Sangre
 - Centro de Colecta
 - Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos
 - Servicio de Transfusión Hospitalario
 - Centro de Calificación Biológica

Si el establecimiento es de servicios de sangre, seleccione la especialidad correspondiente del responsable sanitario. En caso de no ser alguna de las opciones podrá marcar la opción de "otro".

Seleccione el tipo de aviso que desea realizar alta, baja o a modificar

- **Alta:** Cuando se presente la solicitud de Licencia, en forma simultánea deberá presentar Aviso de Responsable. Será responsable de que la operación y funcionamiento del establecimiento se apegue a la Regulación Sanitaria vigente así como de la presentación del servicio de atención médica sea de calidad y sin riesgo para los pacientes y usuarios. (Artículo 19 de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
- **Baja:** Cuando presente la baja definitiva del establecimiento, deberá presentar simultáneamente la baja del Responsable Sanitario.
- **A modificar:** 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 al final del recuadro correspondiente el nombre y R.F.C. del Responsable Sanitario anterior. Si selecciona esta opción, en la primera tabla marque "a modificar" y escriba todos los datos del responsable sanitario así como lo notificó, en la segunda tabla marque "ya modificado" y escriba los datos completos del nuevo responsable sanitario.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el responsable sanitario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono local: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del representante legal o apoderado.

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.

Teléfono 01-800-033-5050

contacto@cofepris.gob.mx

Con título profesional de: Título Profesional tal y como aparece en el documento oficial.

Título profesional expedido por: Nombre completo de la institución educativa que expidió el título. (Por ejemplo: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, etc.).

Número de cédula profesional: Número de la Cédula Profesional tal y como aparece en el documento oficial.

Con especialidad de: Título de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial.

Título de especialidad expedido por: Nombre completo de la Institución educativa que expidió el título de la especialidad. (Por ejemplo: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, etc.).

Número de cédula de la especialidad: Número de la cédula de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial.

Horario de labores: Indique los días de la semana que el responsable sanitario se encontrará.

laborando en el establecimiento, indique a continuación la hora de entrada y la de salida. El horario del responsable debe estar comprendido dentro del horario del establecimiento. Ejemplo:

D	X	X	X	X	X	S	de	09:00 HH:MM	a	19:00 HH:MM
D	L	M	M	J	V	X	de	09:00 HH:MM	a	14:00 HH:MM

Firma del Responsable Sanitario: Firma autógrafa del Responsable Sanitario.

5. Datos del responsable del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos, de diagnóstico o tratamiento

Seleccione el tipo de responsable:

- Rayos X
- Medicina Nuclear
- Radioterapia (Especifique el tipo de radioterapia que realiza en el establecimiento)
 - Teleterapia
 - Braquiterapia

Seleccione el tipo de notificación que va a realizar:

- **Alta:** Es el responsable de que la operación y funcionamiento del establecimiento se apegue a la Regulación Sanitaria vigente. Deberán ser profesionales con título registrado por las autoridades educativas competentes.
- **Baja:** Cuando presente la baja definitiva del establecimiento, deberá presentar simultáneamente la baja del Responsable Sanitario.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el responsable sanitario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)
Teléfono local: 57 31 49 52
Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del representante legal o apoderado.

Horario de labores : Indique los días de la semana que el responsable sanitario se encontrará laborando en el establecimiento, indique a continuación la hora de entrada y la de salida que deberán estar comprendidas dentro del horario del establecimiento. Ejemplo:

D	X	X	X	X	X	S	de	09:00 HH:MM	a	19:00 HH:MM
D	L	M	M	J	V	X	de	09:00 HH:MM	a	14:00 HH:MM

Con título profesional de: Título Profesional tal y como aparece en el documento oficial.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Título profesional expedido por: Nombre completo de la institución educativa que expidió el Título. (Por ejemplo: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, etc.).

Número de cédula profesional: Número de la Cédula Profesional tal y como aparece en el documento oficial:

Con especialidad de: Título de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial.

Título de especialidad expedido por: Nombre completo de la Institución educativa que expidió el Título de la especialidad. (Por ejemplo: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, etc.).

Número 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.

6. Datos del asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico)

Seleccione el tipo de notificación que va a realizar:

- **Alta:** Es el responsable de que la operación y funcionamiento del establecimiento se apegue a la Regulación Sanitaria vigente. Deberán ser profesionales con título registrado por las autoridades educativas competentes.
- **Baja:** Cuando presente la baja definitiva del establecimiento, deberá presentar simultáneamente la baja del Responsable Sanitario.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el responsable sanitario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono local: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del representante legal o apoderado.

Con título profesional de: Título Profesional tal y como aparece en el documento oficial.

Título profesional expedido por: Nombre completo de la institución educativa que expidió el Título. (Por ejemplo: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, etc.).

Número de cédula profesional: Número de la Cédula Profesional tal y como aparece en el documento oficial.

Con especialidad de: Título de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial.

Título de especialidad expedido por: Nombre completo de la Institución educativa que expidió el Título de la especialidad. (Por ejemplo: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, etc.).

Número de cédula de la especialidad: Número de la cédula de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial.

Domicilio particular del asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico)

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio particular del asesor especializado, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior del domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior en el domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento, también anótarlo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio particular del asesor especializado, Por ejemplo: Nápoles, Rancho Las Américas.

Localidad: Localidad del domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, en donde se ubica el domicilio del establecimiento.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento. Por ejemplo Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros se encuentra ubicado el domicilio particular del asesor especializado: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.

Teléfono 01-800-033-5050

contacto@cofepri.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se encuentra ubicado el domicilio particular del asesor especializado.

7. Establecimiento de atención médica donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos, para establecimientos con disposición y/o banco de órganos tejidos y células

Servicios con que cuenta el establecimiento.

Señale con números arábigos la cantidad de servicios con los que cuenta el establecimiento, por Ejemplo:

<input type="checkbox"/> Quirófanos <u> 4 </u>	<input type="checkbox"/> Sala de expulsión <u> 2 </u>
<input type="checkbox"/> Camas censables <u> 10 </u>	<input type="checkbox"/> Terapia intensiva <u> 6 </u>
<input type="checkbox"/> Consulta externa <u> 5 </u>	<input type="checkbox"/> Terapia intermedia <u> 9 </u>
<input type="checkbox"/> Laboratorio clínico <u> 1 </u>	<input type="checkbox"/> Terapia neonatal <u> 1 </u>
<input type="checkbox"/> Ultrasonido <u> 1 </u>	<input type="checkbox"/> Laboratorios de histocompatibilidad <u> 1 </u>

8. Establecimiento de disposición de órganos y/o bancos de tejidos y células

Seleccione la(s) actividad(es) que realiza en el establecimiento:

Posteriormente escriba en la columna correspondiente el tipo(s) de órgano(s), tejido(s) o célula(s) que maneja.

- **Procuración:** Al proceso y las actividades dirigidas a promover la obtención oportuna de órganos, tejidos y células donados para su trasplante.
- **Disposición:** El conjunto de actividades relativas a la obtención, extracción, análisis, conservación, preparación, suministro, utilización y destino final de órganos, tejidos, componentes de tejidos, células, productos y cadáveres de seres humanos, con fines terapéuticos, de docencia o investigación.
- **Trasplante:** A la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.
- **Banco:** Banco de tejidos con fines de trasplante, establecimiento autorizado que tenga como finalidad primordial mantener el depósito temporal de tejidos para su preservación y suministro terapéutico.
(ARTÍCULO 314 de la LEY GENERAL DE SALUD última reforma publicada DOF 04-11-2015)

9. Establecimiento de banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea

Seleccione la(s) área(s) correspondientes con la(s) cual(es) cuenta el establecimiento de servicio de sangre.

- Sala de espera
- Exámenes médicos
- Laboratorio clínico
- Control administrativo y suministro
- Obtención de la sangre
- Fraccionamiento y conservación
- Aplicaciones de sangre y sus componentes
- Instalaciones sanitarias

10. Modificación de datos del establecimientos

Seleccione el cuadro correspondiente al cambio o actualización de datos a realizar:

- Teléfono del establecimiento
- Domicilio del propietario (domicilio fiscal)
- Representante legal
- Personas autorizadas

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

En la columna “**Dice**”: Anote los datos completos de su teléfono del establecimiento y/o domicilio fiscal y/o Representante Legal y/o Persona Autorizada, tal y como los tiene notificados ante la Secretaría de Salud actualmente

En la columna “**Debe de Decir**”: Anote los datos completos de su teléfono del establecimiento y/o domicilio fiscal y/o Representante Legal y/o Persona Autorizada, tal y como desea que queden modificados

Suspensión de actividades: Seleccione e indique el periodo de suspensión de actividades empezando por día, mes y año. Ejemplo.

21	/	07	/	2017
DD		MM		AAAA

Reinicio de actividades: Seleccione e indique la fecha en la cual se reiniciarán actividades, empezando por día, mes y año. Ejemplo

21	/	07	/	2017
DD		MM		AAAA

Baja definitiva del establecimiento: Seleccione en caso de realizar baja definitiva del establecimiento.

11. Modificación de licencias sanitarias o permiso de responsable de operación o asesor especializado

Anote el número completo del documento a modificar, tal cual se encuentre en su autorización, por Ejemplo:

Número de documento a modificar: 15-P-001-015-002

Indique los datos completos que desea modificar conforme a lo siguiente:

En la columna “**Dice**”: Anote los datos completos tal y como los tiene en su autorización emitida por la Secretaría de Salud actualmente

En la columna “**Debe de Decir**”: Anote los datos completos tal y como desea que queden modificados

Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia. Artículo 373 de la Ley General de Salud.

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. Y acepto que la notificación de este trámite, se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario. (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, usted deberá indicar si está de acuerdo en hacerlos públicos.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?:

- » Si
- » No

Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal: Anotar el nombre completo del propietario o representante legal del establecimiento y firma autógrafa.

Nota: En caso de presentar aviso de: alta, baja o modificación de Responsable Sanitario o de actualización de datos, estos trámites sólo deberán ser firmados por el propietario o representante legal debidamente acreditado ante esta Comisión Federal.

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al **01-800-033-5050** y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al **01-800-420-4224**.

Definiciones

NOTA: Los siguientes conceptos son para apoyo al llenado de los formatos y consulta del solicitante.

Banco de Sangre: Es el establecimiento autorizado para obtener, analizar, fraccionar, preparar, conservar, aplicar y proveer sangre humana y sus derivados.

Centro de procesamiento de sangre: Recolecta y fracciona unidades de sangre y sus componentes.

Centro de colecta: Antes denominado puesto de sangrado, solo colecta unidades de sangre y componentes sanguíneos.

Centro de distribución de sangre y componentes sanguíneos: Distribuye sangre o componentes sanguíneos hospitales de su área de influencia.

Servicio de transfusión hospitalario: Antes denominado servicio de transfusión, es el que realiza las pruebas de compatibilidad para la institución y su aplicación.

Centro de Calificación Biológica: Establecimiento que realiza y analiza los estudios de serología, solo tiene muestras no tiene las unidades de sangre o componentes sanguíneos.

Establecimiento de disposición de células troncales: Establecimiento autorizado para realizar determinaciones analíticas, conservación, preparación suministro y destino final de células troncales con fines terapéuticos.

Establecimientos de medicina regenerativa: Establecimiento autorizado para llevar a cabo procedimientos terapéuticos para la regeneración de tejidos, empleando células troncales, productos o componentes de las mismas.

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Guía de llenado y Requisitos documentales para el formato de Servicios de Salud

Los trámites con carácter de Avisos y Solicitudes relacionados con autorizaciones (licencias y permisos) de Servicios de Salud deberán presentarse en el formato denominado "Servicios de Salud" debidamente requisitado conforme a la guía de llenado rápido que aparece a continuación, y en su caso las guías técnicas y formatos auxiliares para cada tipo de trámite así como el comprobante de pago de derechos en esquema e5cinco, en un original y dos copias. Una copia del pago se sellará con el número de folio de recibido y se devolverá al usuario, quedando el original y la copia en la institución donde realice el trámite.

NOTA 1: La documentación debe presentarse por el interesado, representante legal o persona autorizada, conforme a lo previsto en el artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

NOTA 2: Las copias simples deben ser claras, legibles y copia fiel del original

1. Aviso de responsable sanitario de establecimiento de atención médica que opera con licencia sanitaria

1.1. Por alta

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-037

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.



Requisitos documentales

- ❖ Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- ❖ Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
- ❖ Copia legible del certificado de la especialidad (este requisito sólo aplica para consultorios de especialidad; establecimientos donde se practican actos quirúrgicos y/u obstétricos, así como, laboratorios de análisis clínicos cuando el responsable sea médico cirujano requiere especialidad)

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-089

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.



Requisitos documentales

- ❖ Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- ❖ Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
- ❖ Copia legible del certificado de la especialidad correlativa a la extracción a realizarse en el establecimiento

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Homoclave**Nombre, modalidad y guía rápida de llenado****COFEPRIS-05-090**

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.

Requisitos documentales

- ❖ Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- ❖ Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
- ❖ Copia legible del certificado de la especialidad correlativa al trasplante a realizarse en el establecimiento

Homoclave**Nombre, modalidad y guía rápida de llenado****COFEPRIS-05-091**

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.

Requisitos documentales

- ❖ Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- ❖ Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
- ❖ Copia legible del certificado de la especialidad correlativa a la extracción o trasplante a realizarse en el establecimiento

Homoclave**Nombre, modalidad y guía rápida de llenado****COFEPRIS-05-092**

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicios de Sangre.

Requisitos documentales

- ❖ Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- ❖ Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
- ❖ Copia legible del certificado de la especialidad en hematología o patología clínica (este requisito aplica para bancos de sangre, o en el caso de médico cirujano, contar con constancia de idoneidad vigente expedida por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea o Institución de Educación Superior)

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-093

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Disposición de Células Troncales.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- ❖ Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
- ❖ Copia legible del certificado de la especialidad correlativa a la extracción o trasplante a realizarse en el establecimiento

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-094

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Medicina Regenerativa



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Los documentos que solicite la normatividad aplicable vigente

1.2. Por modificación o baja

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-057

Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Por modificación:
 - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
 - » Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
 - » Copia legible del certificado de la especialidad (este requisito sólo aplica para consultorios de especialidad; establecimientos donde se practican actos quirúrgicos y/u obstétricos, así como, laboratorios de análisis clínicos cuando el responsable sea médico cirujano requiere especialidad)
- ❖ Por baja
 - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
 C.P. 03810.
 Teléfono 01-800-033-5050
 contacto@cofepris.gob.mx

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-096

Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Por modificación:
 - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
 - » Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
 - » Copia legible del certificado de la especialidad correlativa a la extracción a realizarse en el establecimiento
- ❖ Por baja
 - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-097

Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Por modificación
 - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
 - » Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
 - » Copia legible del certificado de la especialidad correlativa al trasplante a realizarse en el establecimiento
- ❖ Por baja
 - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-098

Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Por modificación
 - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
 - » Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
 - » Copia legible del certificado de la especialidad correlativa a la extracción o trasplante a realizarse en el establecimiento
- ❖ Por baja
 - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
 C.P. 03810.
 Teléfono 01-800-033-5050
 contacto@cofepris.gob.mx

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-099

Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicios de Sangre.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Por modificación:
 - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
 - » Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
 - » Copia legible del certificado de la especialidad en hematología o patología clínica (este requisito aplica para bancos de sangre, o en el caso de médico cirujano, contar con constancia de idoneidad vigente expedida por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea o Institución de Educación Superior)
- ❖ Por baja
 - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-09-014

Aviso de Modificación o Baja de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Disposición de Células Troncales.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Por modificación:
 - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
 - » Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
 - » Copia legible del certificado de la especialidad correlativa a la extracción o trasplante a realizarse en el establecimiento
- ❖ Por baja:
 - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-09-015

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Medicina Regenerativa



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Los documentos que solicite la normatividad aplicable vigente

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
 C.P. 03810.
 Teléfono 01-800-033-5050
 contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

1.3. Baja

Homoclave	Nombre, modalidad y guía rápida de llenado
COFEPRIS-05-076-A	Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad A.- Rayos X
COFEPRIS-05-076-B	Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad B.- Medicina Nuclear
COFEPRIS-05-076-C	Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad C.- Radioterapia.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Devolver el permiso original del Responsable de la Operación y Funcionamiento del establecimiento médico que utiliza fuentes de radiación para fines médicos, de diagnóstico o tratamiento.

2. Aviso de Actualización de Datos del Establecimiento que Operan con Licencia

Homoclave	Nombre, modalidad y guía rápida de llenado
COFEPRIS-05-059	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
COFEPRIS-09-016	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.
COFEPRIS-09-017	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.
COFEPRIS-09-018	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.
COFEPRIS-09-019-A	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad A.</u> - Banco de sangre
COFEPRIS-09-019-B	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre. <u>Modalidad B.</u> - Centro de Procesamiento de Sangre
COFEPRIS-09-019-C	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre. <u>Modalidad C.</u> - Centro de Colecta
COFEPRIS-09-019-D	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre. <u>Modalidad D.</u> - Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos
COFEPRIS-09-019-E	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre. <u>Modalidad E.</u> - Servicio de Transfusión Hospitalario
COFEPRIS-09-019-F	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Servicio de Sangre. <u>Modalidad F.</u> - Centro de Calificación Biológica
COFEPRIS-09-020-A	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Disposición de Células Troncales. <u>Modalidad A.</u> - Centro de Colecta de Células Troncales
COFEPRIS-09-020-B	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud con Disposición de Células Troncales. <u>Modalidad B.</u> - Banco de Células Troncales



Requisitos documentales

La Licencia es una autorización que se otorga si se cumplen las condiciones sanitarias de un establecimiento. Cualquier modificación a las instalaciones o cambio de domicilio implica solicitud de nueva licencia, sin embargo existen datos que pueden ser actualizados a través de un aviso como los siguientes, para los cuales se requiere adjuntar la documentación que para cada caso se señala:

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
 - Para actualización o cambio de representante legal**
 - Para Persona moral:
 - » Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
 - Para Persona física:
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo)

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ **Para actualización o cambio de personas autorizadas**
 - » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ **Para cambio de domicilio del propietario (domicilio fiscal)**
 - » Documentación que avale el cambio de domicilio
- ❖ **Para baja**
 - » Original de la licencia sanitaria o en su caso Acta Ministerial original del robo o extravío de la misma
- ❖ **Para suspensión de actividades**
 - » No se requiere documentación anexa
- ❖ **Reinicio de actividades**
 - » No se requiere documentación anexa

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-09-021

Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Salud de Medicina Regenerativa



Requisitos documentales

- ❖ Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Los documentos que solicite la normatividad aplicable vigente

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-060-A

Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico
Modalidad A.- Rayos X

COFEPRIS-05-060-B

Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico
Modalidad B.- Medicina Nuclear

COFEPRIS-05-060-C

Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico
Modalidad C.- Radioterapia



Requisitos documentales

- ❖ Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Para actualización o cambio de representante legal
 - Para Persona moral:
 - » Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
 - Para Persona física:
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo)

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
 - » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
 - » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Para actualización o cambio de personas autorizadas
 - » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
 - ❖ Para cambio de domicilio del propietario (domicilio fiscal)
 - » Documentación que avale el cambio de domicilio
 - ❖ Para baja
 - » Original de la licencia sanitaria o en su caso Acta Ministerial original del robo o extravío de la misma
 - ❖ Para suspensión de actividades
 - » No se requiere documentación anexa
 - ❖ Reinicio de actividades
 - » No se requiere documentación anexa

3. Solicitud de Licencia

3.1 Por alta

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-024-A Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico.
Modalidad A.- Rayos X.



Requisitos documentales

- ❖ Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Para Persona moral:
 - » Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Para Persona física:
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo)

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa
- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
 C.P. 03810.
 Teléfono 01-800-033-5050
 contacto@cofepris.gob.mx

- ❖ Memoria analítica de los blindajes y levantamiento de niveles de radiación después de la instalación del equipo, en cada sala (con croquis de distribución de áreas del establecimiento y ubicación de los equipos dentro del mismo), avalados por un Asesor especializado en seguridad radiológica.
- ❖ Cédula de la información técnica para la solicitud de licencia para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, debidamente requisitada y actualizada. Conforme a la guía técnica y formatos auxiliares para la presentación de requisitos documentales al formato de servicios de salud.
- ❖ Copia simple legible del permiso vigente de responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento (En caso de no contar con el permiso antes mencionado, deberá presentar la solicitud del permiso de responsable al mismo tiempo que la solicitud de licencia).

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

- COFEPRIS-05-024-B** Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico.
Modalidad B.- Medicina Nuclear.
- COFEPRIS-05-024-C** Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico.
Modalidad C.-Radioterapia.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles. Para Persona moral:
 - » Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Para Persona física:
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo)

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa
- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Copia legible de la licencia de operación otorgada por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (presentando original para el cotejo).

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

- COFEPRIS-05-034** Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Para Persona moral:
 - » Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Para Persona física:
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo)

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
 - » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
 - » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Planos y memoria descriptiva o permiso sanitario de construcción
 - ❖ Copia legible del currículum vitae del director del establecimiento
 - ❖ Copia legible del aviso de responsable sanitario
 - ❖ Programa médico

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-09-022	Solicitud De Licencia Sanitaria Para Establecimientos De Salud Con Servicio De Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.
COFEPRIS-09-023	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.
COFEPRIS-09-024	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.
COFEPRIS-09-026-A	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Disposición de Células Troncales. Modalidad A.- Centro de Colecta de Células Troncales
COFEPRIS-09-026-B	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Disposición de Células Troncales. Modalidad B.- Banco de Células Troncales



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles
- ❖ Persona moral:
 - » Original y copia legible para cotejo del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Persona física:
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo)

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Copia legible del nombramiento de la institución que representa y documento que acredite sus atribuciones y facultades (gaceta o reglamento interno)
- » Poder notarial del representante legal de la institución que representa.
- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)

PARA EXTRACCIÓN Y/O TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS:

- » Copia legible del acta de instalación del Comité interno de trasplantes,

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

- » Copia legible del manual de procedimientos técnico administrativos del establecimiento en materia de extracción o trasplantes (uno por cada programa).
- » Copia legible de la licencia sanitaria del establecimiento donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos,
- » Copia legible de identificación oficial del propietario y en su caso, del representante legal.

PARA BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS:

- » Copia legible del manual de procedimientos del banco, y
- » Copia legible de identificación oficial del propietario y en su caso, del representante legal

Homoclave	Nombre, modalidad y guía rápida de llenado
COFEPRIS-09-025-A	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad A.</u> - Banco de Sangre
COFEPRIS-09-025-B	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad B.</u> - Centro de Procesamiento de Sangre
COFEPRIS-09-025-C	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad C.</u> - Centro de Colecta
COFEPRIS-09-025-D	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad D.</u> - Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos
COFEPRIS-09-025-E	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad E.</u> - Servicio de Transfusión Hospitalario
COFEPRIS-09-025-F	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad F.</u> - Centro de Calificación Biológica



Consulte la guía auxiliar para elaborar el manual de procedimiento, publicada en la página de internet.

Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ En caso de Personas Morales:
 - » Original y copia legible para cotejo del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal.
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal y personas autorizadas. (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
 - » Registro Federal de Contribuyentes.
- ❖ En caso de Personas Físicas:
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal y personas autorizadas. (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo).
 - » Registro Federal de Contribuyentes.

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Copia legible del nombramiento de la institución que representa y documento que acredite sus atribuciones y facultades (gaceta o reglamento interno).
 - » Acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal .
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
 - » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- ❖ Manual de procedimientos del banco de sangre. (Sólo para el caso de Establecimiento de Banco de Sangre)

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
 C.P. 03810.
 Teléfono 01-800-033-5050
 contacto@cofepris.gob.mx

- ❖ Copia legible del aviso del responsable sanitario.
- ❖ Los documentos que solicite la normatividad aplicable.

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-09-027 Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Medicina Regenerativa.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles
- ❖ Los documentos que solicite la normatividad aplicable vigente

3.2 Por modificación

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-025-A Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico.
Modalidad A.- Rayos X



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ **POR CAMBIO, AUMENTO O DISMINUCIÓN DE EQUIPOS O SERVICIOS.**
 - » Memoria analítica actualizada y levantamiento de niveles de radiación después de la instalación del equipo avalados por un asesor especializado en seguridad radiológica (con croquis de distribución de áreas del establecimiento y ubicación de los equipos dentro del mismo).
 - » Cédula de información técnica actualizada.
 - » Original de la Licencia sujeta a modificación.
- ❖ **POR MODIFICACIÓN ADMINISTRATIVA.**
 - » Por cambio en la razón social del establecimiento. Copia simple del acta constitutiva del establecimiento o del alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (presentando original para cotejo)
 - » Copia legible del poder notarial del Representante Legal (presentando original para cotejo).
 - » Actualización de la memoria analítica que contenga la nueva razón social.
 - » Cédula de información técnica actualizada
 - » Original de la Licencia sujeta a modificación (en ambos casos)

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Homoclave	Nombre, modalidad y guía rápida de llenado
COFEPRIS-05-025-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad B.- Medicina Nuclear</u>
COFEPRIS-05-025-C	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad C.- Radioterapia</u>



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Copia legible de la licencia de operación otorgada por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (presentando original para cotejo).
- ❖ Original de la licencia sujeta de modificación.

En caso de cambio de Razón Social.

- ❖ Copia simple legible del acta constitutiva del establecimiento o del alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (presentando original para cotejo).
- ❖ Copia legible del poder notarial del Representante Legal (presentando original para cotejo).

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Homoclave	Nombre, modalidad y guía rápida de llenado
COFEPRIS-05-035	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
COFEPRIS-09-028	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Extracción, Análisis, Conservación, Preparación y Suministro de Órganos, Tejidos y Células.
COFEPRIS-09-029	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células,
COFEPRIS-09-030	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Banco de Órganos, Tejidos No Hemáticos y Células.
COFEPRIS-09-031-A	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad A.</u> - Banco de Sangre
COFEPRIS-09-031-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad B.</u> - Centro de Procesamiento de Sangre
COFEPRIS-09-031-C	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad C.</u> - Centro de Colecta
COFEPRIS-09-031-D	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad D.</u> - Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos
COFEPRIS-09-031-E	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad E.</u> - Servicio de Transfusión Hospitalario
COFEPRIS-09-031-F	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicios de Sangre. <u>Modalidad F.</u> - Centro de Calificación Biológica
COFEPRIS-09-032-A	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Disposición de Células Troncales. <u>Modalidad A.</u> - Centro de Colecta de Células Troncales
COFEPRIS-09-032-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Disposición de Células Troncales. <u>Modalidad B.</u> - Banco de Células Troncales



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Información que documente la modificación a las instalaciones físicas.
- ❖ Licencia original sujeta a modificación

Por cambio de Razón Social,

- ❖ Original y copia legible del Acta Constitutiva del establecimiento

Por cambio de nombre de la calle, código postal, sin cambio físico en las instalaciones

- ❖ No requiere de documentación anexa

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-09-033

Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimientos de Medicina Regenerativa.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Los documentos que solicite la normatividad aplicable vigente

4 PERMISOS

4.1 Por alta

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-01-027

Permiso del Libro de Registro que Lleva el Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Copia del aviso de Responsable Sanitario
- ❖ Libros
- ❖ Copia simple de la licencia sanitaria

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-026-A

Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico.

Modalidad A.- Rayos X



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Copia legible simple del título de médico cirujano.
- ❖ Copia legible simple del diploma de especialidad en radiología expedido por una institución de salud o académica reconocida o cédula profesional de especialidad en radiología e imagen.
- ❖ Copia legible simple del certificado o re-certificación vigente de especialidad, expedido por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen, A. C.
- ❖ Tener permanencia mínima en el establecimiento del 25% del horario de atención al público. En caso de unidades médicas con turnos continuos deberá cubrir el turno con mayor carga de trabajo o bien se puede designar a varios responsables de la operación y funcionamiento.
- ❖ Dos fotografías recientes tamaño infantil (con nombre al reverso).

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
 C.P. 03810.
 Teléfono 01-800-033-5050
 contacto@cofepris.gob.mx

Homoclave**Nombre, modalidad y guía rápida de llenado**

- COFEPRIS-05-026-B** Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico.
Modalidad B.- Medicina Nuclear
- COFEPRIS-05-026-C** Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico.
Modalidad C.- Radioterapia

**Requisitos documentales**

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Copia legible del título de médico cirujano expedido ante las autoridades educativas competentes.
- ❖ Copia legible del certificado de la especialidad de Oncología, Radioterapia, Medicina Nuclear o afín.
- ❖ Contar con autorización de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias vigente.
- ❖ Dos fotografías tamaño infantil (con nombre al reverso).

Homoclave**Nombre, modalidad y guía rápida de llenado**

- COFEPRIS-05-028** Solicitud de Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.

**Requisitos documentales**

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Copia simple legible del acta constitutiva o del alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- ❖ Contar con un Responsable que deberá tener:
 - » Copia certificada ante fedatario público (notario o corredor público) del título profesional en alguna área médica, física, química o biológica y copia certificada ante fedatario público (notario o corredor público) del diploma de especialidad en seguridad radiológica expedido por alguna institución reconocida o recertificación calificado.
 - » Curriculum Vitae.
 - » Tener experiencia mínima de un año en seguridad radiológica y control de calidad.
 - » Dos fotografías tamaño infantil (con nombre al reverso).
- ❖ Manual de procedimientos uno por cada tipo de servicio que pretenda realizar.
- ❖ Cédula de información técnica para la solicitud de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica, debidamente requisitada y actualizada conforme a la guía técnica y formatos auxiliares para la presentación de requisitos documentales al formato de servicios de salud.
- ❖ Comprobante de que cuenta con los instrumentos para la medición de los parámetros, de acuerdo con los servicios que pretende realizar
- ❖ Comprobante de calibración vigente de los instrumentos anotados en el punto anterior.
- ❖ Contar con personal de soporte que deberá contar con:
 - » Certificado de estudios, mínimo bachillerato.
 - » Copia legible del certificado o diploma del curso de seguridad radiológica reciente, impartido por una institución académica reconocida por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.
 - » Comprobante respecto a la experiencia de al menos un año en equipos o instalaciones de diagnóstico médico con rayos X.
- ❖ Dos fotografías tamaño infantil (con nombre al reverso).

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

4.2. Modificación

Homoclave	Nombre, modalidad y guía rápida de llenado
COFEPRIS-05-027-A	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico <u>Modalidad A.-Rayos X</u>
COFEPRIS-05-027-B	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad B.-Medicina Nuclear</u>
COFEPRIS-05-027-C	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. <u>Modalidad C.- Radioterapia</u>



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles
- ❖ Únicamente por cambio de horario de asistencia del responsable de operación y funcionamiento al establecimiento
 - » Tener permanencia mínima en el establecimiento del 25% del horario de atención al público. En caso de unidades médicas con turnos continuos deberá cubrir el turno con mayor carga de trabajo o bien se puede designar a varios responsables de la operación y funcionamiento.
 - » Original del permiso vigente del responsable de la operación y funcionamiento de establecimientos de diagnóstico médico con rayos X
 - » Dos fotografías tamaño infantil (con nombre al reverso).

Homoclave	Nombre, modalidad y guía rápida de llenado
COFEPRIS-05-029	Solicitud de Modificación al Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Original del Permiso de asesor especializado en seguridad radiológica.
- ❖ Cédula de información técnica.
- ❖ Certificados de Calibración de los equipos a utilizar en los servicios.
En caso de cambio de responsable técnico:
- ❖ Diploma de especialidad en seguridad radiológica expedido por una institución reconocida.