



Instructivo de llenado del formato FF-COFEPRIS-26

Formato de Servicios de Salud aplicable para las Homoclaves: COFEPRIS-05-026, COFEPRIS-05-027, COFEPRIS-05-028, COFEPRIS-05-029 y COFEPRIS-01-027

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 y nombre del trámite

Escriba la HOMOCLAVE Y NOMBRE DEL TRÁMITE según se describen a continuación:

Solicitud de Permiso:

Alta **COFEPRIS-05-026** Permiso de responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico.

Supuestos de establecimientos aplicables:

- Rayos X
- Medicina nuclear
- Radioterapia

COFEPRIS-05-028 Permiso de asesor especializado en seguridad radiológica para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

Modificación **COFEPRIS-05-027** Modificación al permiso de responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico.

Supuestos de establecimientos aplicables:

- Rayos X
- Medicina nuclear
- Radioterapia

Modificación o baja **COFEPRIS-05-029** Modificación o baja al permiso de asesor especializado en seguridad radiológica para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

Aviso:

Alta **COFEPRIS-01-027** Aviso de alta del libro de registro que lleva el banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea.

Se dará aviso a la COFEPRIS sobre el alta del libro o libros de registro que llevan los servicios de sangre (banco de sangre, servicio de transfusión hospitalario y centro de colecta).

En caso de realizar una solicitud de **Permiso de responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de**



Contacto



radiación para fines médicos o de diagnóstico o, la modificación de dicho permiso, seleccione una opción: Ejemplo:

☒	Rayos X
☐	Medicina nuclear
☐	Radioterapia

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: Clave Única de Registro de Población del propietario.

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).

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s) a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono local: 55 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 propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrada la Denominación o razón social de la persona moral 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 representante legal o apoderado que solicita el trámite ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP: Clave Única de Registro de Población del representante legal o apoderado que solicita el trámite.

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.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s) a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 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 que solicita el trámite.

Domicilio fiscal del propietario

Nota: Domicilio bajo el cual está registrado el propietario (persona física o persona moral) ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio fiscal del propietario.





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 del propietario, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior del domicilio fiscal del propietario.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior en el domicilio fiscal del propietario, 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 del propietario. Por ejemplo: Colonia Nápoles, Rancho Las Américas.

Localidad: Localidad en donde se encuentra el domicilio fiscal del propietario (cuando aplique).

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

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio fiscal del propietario. 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 del propietario, 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 del propietario.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s) a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono local: 55 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 establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Denominación o razón social: Nombre completo 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 al 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.

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

Número de licencia sanitaria: Número completo de la licencia sanitaria, emitida por la COFEPRIS, en caso de contar con licencia sanitaria.

Responsable sanitario o responsable de la operación y funcionamiento

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

CURP: Clave Única de Registro de Población del responsable.

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

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del responsable.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del responsable.

Horario de operaciones del establecimiento: Indique los días de la semana que estará abierto el establecimiento y escriba el horario de funcionamiento o de atención al público indicando hora de apertura y de cierre. 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	19:00 HH : MM

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





año. O bien, de acuerdo a la fecha de expedición de la licencia sanitaria, en caso de contar con ella. Ejemplo:

21	/	07	/	2025
DD		MM		AAAA

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: Colonia 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.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s) a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono local: 55 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.

CURP: Clave Única de Registro de Población del representante legal.

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.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono local: 55 53 40 09 96

Extensión (cuando aplique): 1111

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: Clave Única de Registro de Población de la persona autorizada.

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.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono local: 55 53 40 09 96

Extensión (cuando aplique): 1111

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

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

En caso de seleccionar radioterapia en el numeral 1 del formato, marque el tipo de terapia que realiza en el establecimiento.

- Teleterapia
- Braquiterapia

Datos del responsable de la operación y funcionamiento

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

CURP: Clave Única de Registro de Población del responsable de la operación y funcionamiento.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del responsable de la operación y funcionamiento.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del responsable de la operación y funcionamiento.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del responsable de la operación y funcionamiento.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s) a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono local: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del responsable de la operación y funcionamiento.

Horario de labores: Indique los días de la semana que el responsable de la operación y funcionamiento 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	14:00 HH : MM
D	L	M	M	J	V	X	de	09:00 HH : MM	a	14:00 HH : MM

Se debe 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.

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.

Firma del responsable de la operación y funcionamiento: Firma autógrafa del responsable de la operación y funcionamiento.

Declaro bajo protesta de decir verdad que no cuento con más de dos responsivas, de acuerdo al artículo 143 del REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

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



Contacto



Seleccione el tipo de notificación que va a realizar:

- **Alta:** Para realizar la solicitud del Permiso de asesor especializado en seguridad radiológica para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X. Es el encargado de prestar servicios como asesor especializado en seguridad radiológica a establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, en la realización de levantamiento de niveles de radiación ionizante de equipos; pruebas de control de calidad. Deberá ser profesional con título registrado por las autoridades educativas competentes y tener experiencia mínima de 1 año en seguridad radiológica y control de calidad.
- **Modificación:** La modificación del permiso de asesor especializado en seguridad radiológica aplica en los siguientes supuestos: aumento o disminución del personal soporte autorizado, cambio de equipo (cámara de ionización) y/o aumento o disminución de servicios.
- **Baja:** Para notificar la baja del asesor especializado en seguridad radiológica.

Nota: Se deben requisitar todos los campos para notificar el alta, la modificación o la baja, según sea el caso.

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

CURP: Clave Única de Registro de Población del asesor especializado.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del asesor especializado.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del asesor especializado.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del asesor especializado.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s) a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono local: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

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.

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

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 anotar.

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: Colonia 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.

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.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s) a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono local: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Personal soporte del asesor especializado en seguridad radiológica

Nombre completo del personal soporte a actualizar: Anotar el nombre completo de cada uno de los integrantes que fungirán como personal de apoyo para el asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico).





Nota: Replicar las filas del recuadro anterior tantas veces como sea necesario para enlistar a todo el personal soporte del asesor especializado en seguridad radiológica.

Resumen Profesional de cada integrante que fungirá como personal soporte:

Nombre completo: Anotar el nombre completo del integrante que fungirá como personal de apoyo para el asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico).

Último grado de estudios: Indique el último grado de estudios profesionales (primaria, secundaria, bachillerato / preparatoria, licenciatura, maestría, doctorado, etc.) Ejemplo: Preparatoria

Periodo: Especifique el periodo del último grado de estudios profesionales (año de inicio - año de término). Ejemplo: 2018 -2021.

Nombre de la carrera técnica, carrera profesional o licenciatura (si aplica): Coloque el nombre de la carrera técnica, carrera profesional o licenciatura en caso de contar con alguna.

Nombre de la institución educativa: Especifique el nombre de la institución educativa o escuela correspondiente al último grado de estudios profesionales.

Documento que avale la experiencia en Seguridad y Protección Radiológica

Nombre del curso o capacitación: Anote el nombre completo del curso o capacitación.

Nombre de la institución educativa o empresa que lo imparte: Especifique el nombre de la institución educativa o empresa correspondiente que impartió el curso, preferentemente que cuente con la autorización de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (CNSNS) o por algún AESR que cuente con Permiso emitido por la COFEPRIS.

Horas de duración: Anote las horas de duración del curso o capacitación.

Fecha o periodo del curso o capacitación: Especifique la fecha o periodo en el que realizó el curso o capacitación en cuestión.

Fecha de emisión de la constancia o diploma: Indique la fecha de emisión del documento probatorio (constancia o diploma) recibido al finalizar el curso o capacitación.

Liga electrónica de la constancia o diploma: Coloque el enlace o liga electrónica del documento probatorio (constancia o diploma) recibido al finalizar el curso o capacitación.

Nota: Reproducir el cuadro de *Resumen Profesional de cada integrante que fungirá como personal soporte / Documento que avale la experiencia en Seguridad y Protección Radiológica*, tantas veces como sea necesario.

Seleccione el recuadro del manifiesto. (Campo obligatorio): Marque el recuadro como en el siguiente ejemplo:

☒ Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que el personal soporte cuenta con la documentación comprobatoria (cursos, constancias y diplomas) que acreditan la experiencia en Seguridad y Protección Radiológica de al menos un año, de conformidad con lo establecido en la normatividad aplicable.

6. Modificación del permiso de responsable de la operación y funcionamiento (ROF) o de asesor especializado en seguridad radiológica (AESR)

Anote el número completo del permiso de ROF o de AESR a modificar, tal cual se encuentre en su autorización emitida por la COFEPRIS, por ejemplo:

Número de Permiso de ROF o Permiso de AESR a modificar: 000X/AESR/20XX

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

En la columna **"Dice / condición autorizada":** Anote los datos completos tal y como los tiene en su autorización emitida por la Secretaría de Salud actualmente

En la columna **"Debe decir / condición solicitada":** Anote los datos completos tal y como desea que queden modificados

Notas: I. La Modificación del permiso de responsable de la operación y funcionamiento (ROF) aplica para cambio de horario del responsable de operación y funcionamiento. Para el caso de la modificación administrativa, previamente se deberá ingresar la modificación de tipo administrativo a la Licencia Sanitaria. Como ejemplo de modificaciones administrativas se encuentran: cambio de propietario, razón





social y/o datos del domicilio sin cambio físico de ubicación (el cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia. Artículo 373 de la Ley General de Salud, y por ende la solicitud de un nuevo permiso, para que los datos sean consistentes en ambas autorizaciones (licencia y permiso).

II. La Modificación del permiso de asesor especializado en seguridad radiológica (AESR) aplica en los siguientes supuestos: aumento o disminución del personal soporte autorizado, cambio de equipo (cámara de ionización) y/o aumento o disminución de servicios.

7. Aviso de alta del libro de registro que lleva el banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea

Seleccione el tipo de servicio de sangre al que pertenece el libro:

- **Banco de Sangre:** Es el establecimiento autorizado para obtener, analizar, fraccionar, preparar, conservar, aplicar y proveer sangre humana y sus derivados.
- **Centro de colecta:** Antes denominado puesto de sangrado, es el establecimiento que colecta unidades de sangre y componentes sanguíneos y que funciona bajo la responsabilidad de un Banco de Sangre autorizado.
- **Servicio de transfusión hospitalario:** Antes denominado servicio de transfusión, es el establecimiento autorizado para el manejo, conservación y aplicación de sangre humana y sus componentes, obtenidos de un banco de sangre.

Número de la licencia sanitaria: Número completo de la licencia sanitaria, emitida por la COFEPRIS, del establecimiento que está notificando el alta del libro o los libros.

Número de aviso de responsable sanitario: Número completo del Aviso de Responsable Sanitario, ingresado a la COFEPRIS, del establecimiento que está notificando el alta del libro o los libros.

En caso de tratarse de un Centro de Colecta, proporcione los siguientes datos del Banco de Sangre del cual depende:

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

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

Número de la licencia sanitaria: Número completo de la licencia sanitaria, emitida por la COFEPRIS, del Banco de sangre del cual depende.

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

Nombre del responsable sanitario: Nombre completo sin abreviaturas del Responsable Sanitario del Banco de sangre del cual depende.

Número de aviso de responsable sanitario: Número completo del Aviso de Responsable Sanitario, ingresado a la COFEPRIS, del Banco de sangre del cual depende.

Nota: I. De acuerdo a lo establecido en el numeral 15.1.1 de la NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, donde se señala que los centros de colecta (antes puestos de sangrado) dependen de los bancos de sangre y funcionan bajo su responsabilidad.

Número de libros a notificar: Colocar la cantidad de Libros a Notificar (Ejemplo: 3)

Número de fojas útiles por libro: Colocar el número de fojas útiles que tiene el libro o los libros a notificar (Ejemplo: 200)

De conformidad con lo establecido en la fracción II del artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo acepto recibir todo tipo de notificaciones referentes al presente trámite a través del correo electrónico:

Correo electrónico para recibir notificaciones: Dirección del correo electrónico del propietario o representante legal en el cual desean recibir notificaciones, en minúsculas y sin dejar espacios en blanco.

Bajo protesta de decir verdad la persona que suscribe manifiesta que los datos asentados y la información que se acompaña el presente formulario son ciertos y comprobables, según sea el caso:

- Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados.
- Declaro bajo protesta decir verdad que cumpla con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.





- En caso de baja del asesor especializado en seguridad radiológica (AESR), declaro bajo protesta de decir verdad que cesaré el uso del permiso de asesor especializado en seguridad radiológica (AESR) con número _____ toda vez que por medio del presente estoy notificando la baja del mismo.
- En caso de aviso de alta del libro de registro que lleva el banco de sangre, centro de colecta y servicio de transfusión sanguínea, declaro bajo protesta de decir verdad que los libros que estoy notificando contienen la información relativa a ingresos y egresos de sangre y componentes sanguíneos de acuerdo a lo establecido en la NOM-253-SSA1-2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

El presente trámite se encuentra en proceso de revisión documental por parte del área correspondiente y queda sujeto de las acciones de control o vigilancia sanitaria aplicables, en términos de lo dispuesto en los artículos Artículo 17 bis, fracción VI, de la Ley General de Salud, 1, 2, fracciones II y XI, del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

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 del propietario o representante legal: Anotar el nombre completo del propietario o representante legal del establecimiento que solicita el trámite y firma.

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, se encuentra a su disposición el número **800-033-5050** del Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, y en caso de requerir dar seguimiento al trámite enviado al área de Tramitación Foránea, solicite información al correo **tramitacion_foranea@cofepris.gob.mx**, así como la línea de contacto del Gobierno de México *079 del Centro de Atención para el Bienestar.

Definiciones

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

Libro de registro que llevan los servicios de sangre (banco de sangre, servicio de transfusión hospitalario y centro de colecta): Registros de ingresos y egresos de sangre y componentes sanguíneos. Los bancos de sangre, los centros de colecta y los servicios de transfusión, de acuerdo a las funciones que realizan, deberán contar con registros documentales sobre los ingresos y egresos de sangre y de sus componentes, y deberán cumplir con lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

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

Centro de colecta: Antes denominado puesto de sangrado, es el establecimiento que solo colecta unidades de sangre y componentes sanguíneos y que funciona bajo la responsabilidad de un Banco de Sangre autorizado.

Servicio de transfusión hospitalario: Antes denominado servicio de transfusión, es el establecimiento autorizado para el manejo, conservación y aplicación de sangre humana y sus componentes, obtenidos de un banco de sangre.





Guía de llenado y Requisitos documentales para el Formato de Servicios de Salud aplicable para las Homoclaves: COFEPRIS-05-026, COFEPRIS-05-027, COFEPRIS-05-028, COFEPRIS-05-029 y COFEPRIS-01-027

En el presente documento encontrará la guía de llenado y Requisitos documentales que deberá presentar con sus solicitudes de trámites correspondientes a: Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento (Rayos X, Medicina Nuclear y Radioterapia), Modificación del Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento (Rayos X, Medicina Nuclear y Radioterapia), Permiso de Asesor especializado en seguridad radiológica, Modificación del Permiso de Asesor especializado en seguridad radiológica y Aviso de alta del libro de registro que lleva el banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea.

Para cada trámite que usted realice, deberá presentar el **"Formato de Servicios de Salud aplicable para las Homoclaves: COFEPRIS-05-026, COFEPRIS-05-027, COFEPRIS-05-028, COFEPRIS-05-029 y COFEPRIS-01-027"** 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 quedando el original en la institución donde realice el trámite.

NOTA 1: No se le podrá exigir la presentación de más documentación que la señalada en los Acuerdos por el que se establecen acciones de simplificación para trámites que se realizan ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, publicados en el Diario Oficial de la Federación los días 11 de julio y 22 de agosto de 2025, salvo los previstos en el artículo 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, referente a la acreditación de la personalidad jurídica.

NOTA 2: 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.

1. Solicitud de Permiso

1.1 Por alta

Homoclave

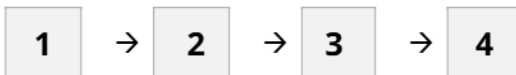
Nombre y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-026

Permiso de responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico.

Giros de establecimientos aplicables o supuestos:

- Rayos X
- Medicina nuclear
- Radioterapia

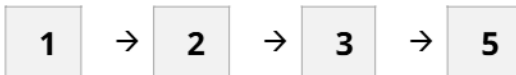


Homoclave

Nombre y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-028

Permiso de asesor especializado en seguridad radiológica para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.



Contacto



1.2 Por modificación

Homoclave

COFEPRIS-05-027

Nombre y guía rápida de llenado

Modificación al permiso de responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico.

Giros de establecimientos aplicables o supuestos:

- Rayos X
- Medicina nuclear
- Radioterapia.



Homoclave

COFEPRIS-05-029

Nombre y guía rápida de llenado

Modificación o baja al permiso de asesor especializado en seguridad radiológica para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.



2. Aviso

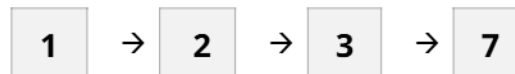
2.1 Por alta

Homoclave

COFEPRIS-01-027

Nombre y guía rápida de llenado

Aviso de alta del libro de registro que lleva el banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea.



Contacto

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.