

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:

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

Contacto:

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

	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	Modificación a la licencia sanitaria de establecimientos que utilizan fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico. <u>A.</u> - De tipo administrativo con resolución inmediata. Giros de establecimiento aplicables; <ul style="list-style-type: none">- Rayos X- Medicina nuclear- Radioterapia Modificación a la licencia sanitaria de establecimientos que utilizan fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico. <u>B.</u> - De tipo técnica con dictaminación. Giros de establecimiento aplicables; <ul style="list-style-type: none">- Rayos X- Medicina nuclear- Radioterapia
	COFEPRIS-05-035	Modificación a la licencia sanitaria de establecimientos de servicios de salud <u>A.</u> - De tipo administrativo con resolución inmediata. Giros de establecimiento aplicables: <ul style="list-style-type: none">- Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos- Establecimiento en que se presten servicios de hemodiálisis- Establecimiento de extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células- Establecimiento con servicio de trasplantes de órganos, tejidos y células.- Establecimiento con servicio de banco de órganos, tejidos no hemáticos y células.- Establecimiento con servicio de banco de sangre- Establecimiento con servicio de centro de procesamiento de sangre- Establecimiento con servicio de centro de colecta de sangre- Establecimiento con servicios de centro de distribución de sangre y componentes sanguíneos- Establecimiento con servicio de transfusión hospitalario- Establecimiento con servicio de calificación biológica de sangre- Establecimiento con servicio centro de colecta de células troncales- Establecimiento con servicio centro de banco de células troncales- Establecimiento con servicio de medicina regenerativa. Modificación a la licencia sanitaria de establecimientos de servicios de salud Modalidad <u>B.</u> - De tipo técnica con dictaminación Giro de establecimiento aplicables: <ul style="list-style-type: none">- Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos- Establecimiento en que se presten servicios de hemodiálisis- Establecimiento de extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células

- Establecimiento con servicio de trasplantes de órganos, tejidos y células.
- Establecimiento con servicio de banco de órganos, tejidos no hemáticos y células.
- Establecimiento con servicio de banco de sangre
- Establecimiento con servicio de centro de procesamiento de sangre
- Establecimiento con servicio de centro de colecta de sangre
- Establecimiento con servicios de centro de distribución de sangre y componentes sanguíneos
- Establecimiento con servicio de transfusión hospitalario
- Establecimiento con servicio de calificación biológica de sangre
- Establecimiento con servicio centro de colecta de células troncales
- Establecimiento con servicio centro de banco de células troncales
- Establecimiento con servicio de medicina regenerativa.

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

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 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 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 universidad 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 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, puede indicar más de una.

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

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. Ejemplo:

21	/	07	/	2025
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 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 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

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.

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	19:00 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:

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

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

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.

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.

- | | |
|--|--|
| <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"/> Electroencefalografía <u> 1 </u> |

7. Establecimiento de atención médica donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos, disposición de órganos 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:

8. Establecimiento de disposición de órganos y/o banco de órganos, tejidos y células**Seleccione la(s) actividade(s) 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 07-06-2024)

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 establecimiento

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

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

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	/	2025
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	/	2025
DD		MM		AAAA

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

11. Modificación de licencias o permisos 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: 5-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.

Bajo protesta de decir verdad, el(la) suscrito(a) manifiesta que los datos asentados y la información que se acompaña el presente formulario son ciertos y comprobables. 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 los 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.

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

- Si
- No

“De conformidad con el artículo 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)”

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, 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.

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;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de
México, C.P. 03810.