|  |
| --- |
| **Servicios de Salud** |
| Homoclave del formato |  |  |
| FF-COFEPRIS-07 |  | Uso exclusivo de la COFEPRIS |
| Número de RUPA |  | Número de ingreso |
|  |  |  |

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía de llenado y los requisitos documentales.

Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.

El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

|  |
| --- |
| 1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite |
|  |
| Homoclave: |  | Nombre: |  |
| Modalidad: |  |

|  |
| --- |
| 2. Datos del propietario |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  | Representante legal o apoderado que solicita el trámite |
| Segundo apellido: |  |  | RFC: |  |
| Lada: |  |  | CURP (opcional): |  |
| Teléfono: |  |  | Nombre(s): |  |
| Extensión: |  |  | Primer apellido: |  |
| Correo electrónico: |  |  | Segundo apellido: |  |
|  |  | Lada: |  |
|  |  | Teléfono: |  |
|  |  | Extensión: |  |
|  |  | Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
| Domicilio fiscal del propietario |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  |  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) |  | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  | Lada: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) |  | Teléfono: |  |
|  |  | Extensión: |  |

|  |
| --- |
| 3. Datos del establecimiento |
|  |
| Seleccione al sector que pertenece |  | Público |  | Social |  | Privado |
| RFC: |  | Denominación o razón social: |  |
| Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte: |
| Clave SCIAN | Descripción del SCIAN |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Número de licencia sanitaria: |  |

 Nota: Si el espacio es insuficiente para las clave SCIAN adicione los renglones necesarios.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsable sanitario o responsable de operación |  | Horario de operaciones del establecimiento |
| RFC: |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
|  | HH : MM | HH : MM |
| CURP (opcional): |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
|  | HH : MM | HH : MM |
| Nombre(s): |  |  | Fecha de inicio de operaciones: |  |  |  |
|  | DD | MM | AAAA |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  | En caso de solicitud de licencia sanitaria de radioterapia, especifique: |
|  |  |  |  | Braquiterapia |  | Teleterapia |
|  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del establecimiento |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  |  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) |  | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  | Lada: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) |  | Teléfono: |  |
|  |  | Extensión: |  |

|  |
| --- |
| Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s) |
|  |
| Representante legal |  | Persona autorizada |
| CURP (opcional): |  |  | CURP (opcional): |  |
| Nombre(s): |  |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Segundo apellido: |  |
| Lada: |  |  | Lada: |  |
| Teléfono: |  |  | Teléfono: |  |
| Extensión: |  |  | Extensión: |  |
| Correo electrónico: |  |  | Correo electrónico: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Representante legal |  | Persona autorizada |
| CURP (opcional): |  |  | CURP (opcional): |  |
| Nombre(s): |  |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Segundo apellido: |  |
| Lada: |  |  | Lada: |  |
| Teléfono: |  |  | Teléfono: |  |
| Extensión: |  |  | Extensión: |  |
| Correo electrónico: |  |  | Correo electrónico: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Representante legal |  | Persona autorizada |
| CURP (opcional): |  |  | CURP (opcional): |  |
| Nombre(s): |  |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Segundo apellido: |  |
| Lada: |  |  | Lada: |  |
| Teléfono: |  |  | Teléfono: |  |
| Extensión: |  |  | Extensión: |  |
| Correo electrónico: |  |  | Correo electrónico: |  |

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

|  |
| --- |
| 4. Datos del responsable de establecimiento de salud que opera con licencia sanitaria  |
| Seleccione el área a la cual pertenece su establecimiento. |
|  | Actos quirúrgicos y/u obstétricos |  | Disposición o banco de órganos, tejidos o células |
|  | Servicios de sangre (especifique): |  |  |
|  |
| En caso de seleccionar servicios de sangre, marque el tipo de especilidad con la que cuenta el responsable sanitario. |
|  | Médico cirujano (constancia de idoneidad) |  | Hematólogo |  | Patólogo clínico |  | Otro (especifique):  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| En caso de alta o baja escriba los datos del responsable sanitario en la primera columna.En caso de modificación del responsable sanitario, indique en la primera columna solo el nombre completo y el RFC del responsable anterior; y en la segunda columna los datos del nuevo responsable.  |
| Primera columna  |  | Segunda columna |
|  | Alta |  | Baja  |  | A modificar  |  |  | Ya modificado |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC: |  |
| CURP(opcional):: |  |  | CURP(opcional):: |  |
| Nombre(s)$ :^{(a)}$: |  |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido$:^{(a)}$: |  |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido$:^{(a)}$: |  |  | Segundo apellido: |  |
| Lada: |  |  | Lada: |  |
| Teléfono: |  |  | Teléfono: |  |
| Extensión : |  |  | Extensión : |  |
| Correo electrónico: |  |  | Correo electrónico: |  |
| Con título profesional de: |  |  | Con título profesional de: |  |
| Título profesional expedido por: |  |  | Título profesional expedido por: |  |
| Número de cédula profesional:  |  |  | Número de cédula profesional: |  |
| Con especialidad de: |  |  | Con especialidad de: |  |
| Título de especialidad expedido por:  |  |  | Título de especialidad expedido por: |  |
| Número de cédula profesional: |  |  | Número de cédula profesional: |  |
| Horario de operaciones |  | Horario de operaciones |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM |  | HH : MM | HH : MM |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM |  | HH : MM | HH : MM |
| Firma del responsable sanitario |  | Firma del responsable sanitario |
|  |  |  |
| Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja.  |  | Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación. |

(a) En caso de modificación de responsable sanitario sólo indicar RFC y nombre completo

|  |
| --- |
| 5. Datos del responsable del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos, de diagnóstico o tratamiento |
| Seleccione el tipo de establecimiento: |
|  |  | Rayos X |  | Medicina nuclear |  | Radioterapia |
| En caso de seleccionar radioterapia marque el tipo de terapia que realiza en el establecimiento. |
|  |  | Braquiterapia |  | Teleterapia |
| Seleccione el tipo de notificación a realizar. |
|  |  | Alta |  | Modificación  |  | Baja |
| Datos del responsable sanitario |
| RFC: |  |  | Con título profesional de: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Título profesional expedido por: |  |
| Nombre(s): |  |  | Número de cédula profesional: |  |
| Primer apellido: |  |  | Con especialidad de: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Título de especialidad expedido por: |  |
| Lada: |  |  | Número de cédula de la especialidad: |  |
| Teléfono: |  |  | Firma del responsable sanitario |
| Extensión: |  |  |  |
| Correo electrónico: |  |  |
| Horario de operaciones |  |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |  |
| HH : MM | HH : MM |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |  |
| HH : MM | HH : MM |

|  |
| --- |
| 6. Datos del asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico) |
| Seleccione el tipo de notificación a realizar. |
|  |  | Alta |  | Modificación |
| RFC: |  |  | Con título profesional de: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Título profesional expedido por: |  |
| Nombre(s): |  |  | Número de cédula profesional: |  |
| Primer apellido: |  |  | Con especialidad de: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Título de especialidad expedido por: |  |
| Lada: |  |  | Número de cédula de la especialidad: |  |
| Teléfono: |  |  | Correo electrónico: |  |
| Extensión: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio particular del asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico) |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |   |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  |  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) |  | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  | Lada: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) | Teléfono: |  |
|  | Extensión: |  |

|  |
| --- |
| 7. Establecimiento de atención médica donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos, disposición de órganos y/o banco de órganos, tejidos y células |
| Señale los servicios con los que cuenta y anote con número arábigo la cantidad |
|  | Quirófanos |  |  |  | Sala de expulsión  |  |  |  | Hemodiálisis |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Camas censables |  |  |  | Terapia intensiva |  |  |  | Electrocardiografía |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Consulta externa |  |  |  | Terapia intermedia |  |  |  | Cocina comedor |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Laboratorio clínico |  |  |  | Terapia neonatal |  |  |  | Lavandería |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Ultrasonido |  |  |  | Electroencefalografía |  |  |  | Cuarto de máquinas |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Rayos X |  |  |  | Camas no censables |  |  |  | Ambulancia(s) |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Mastografía |  |  |  | Urgencias |  |  |  | Resonancia magnética |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Citología exfoliativa |  |  |  | Hospitalización |  |  |  | Tomografía axial computarizada |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Banco de sangre y/o servicio de transfusión |  |  |  | Central de equipos y esterilización (CEYE) |  |  |  | Planta de energía eléctrica de emergencia |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Banco de órganos y tejidos, sus componentes y células |  |  |  | Laboratorios de histocompatibilidad |  |  |  | Máquinas y sillones para hemodiálisis |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 8. Establecimiento de disposición de órganos y/o banco de órganos, tejidos y células |
|  |
| Seleccione la(s) actividad(es) que realiza el establecimiento e indique el (o los) tipo(s) de órgano(s), tejido(s) y célula(s) que maneja. |
|  | Procuración |  | Disposición |  | Trasplante |  | Banco |
| Órganos | Tejidos | Células |
|  |  |  | Progenitoras o troncales |
|  |  |
|  |  |  | Células germinales |
|  |  |
|  |  |  |
| 9. Establecimiento de banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea |
| Señale las áreas con las que cuenta el establecimiento. |
|  | Sala de espera |  | Obtención de la sangre |
|  | Exámenes médicos |  | Fraccionamiento y conservación |
|  | Laboratorio clínico |  | Aplicaciones de sangre y sus componentes |
|  | Control administrativo y suministro |  | Instalaciones sanitarias |

|  |
| --- |
| 10. Modificación de datos del establecimiento |
| En la columna “Dice” colocar los datos completos actuales. En la columna “Debe decir” colocar los datos completos ya modificados. |
| Tipo de modificación | Dice | Debe decir |
|  | Teléfono del establecimiento  | Lada: |  | Lada: |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Extensión: |  | Extensión: |  |
|  | Horario  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM | HH : MM | HH : MM |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM | HH : MM | HH : MM |
|  | Domicilio del propietario (domicilio fiscal) | Código postal: |  | Código postal: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  | Tipo y nombre de vialidad: |  |
|  |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) | (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) |
| Número exterior: |  | Número interior: |  | Número exterior: |  | Número interior: |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: | Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) | (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) |
| Localidad: |  | Localidad: |  |
| Municipio o alcaldía: |  | Municipio o alcaldía: |  |
| Entidad Federativa: |  | Entidad Federativa: |  |
| Entre vialidad (tipo y nombre): |  | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Y vialidad (tipo y nombre): |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Vialidad posterior (tipo y nombre): |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
| Lada: |  | Lada: |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Extensión: |  | Extensión: |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de modificación | Dice | Debe decir |
|  | Representante legal  | CURP (opcional): |  | CURP (opcional): |  |
| Nombre(s): |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  | Segundo apellido: |  |
| Lada: |  | Lada: |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Extensión: |  | Extensión: |  |
| Correo electrónico: |  | Correo electrónico: |  |

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de modificación | Dice | Debe decir |
|  | Persona Autorizada  | CURP (opcional): |  | CURP (opcional): |  |
| Nombre(s): |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  | Segundo apellido: |  |
| Lada: |  | Lada: |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Extensión: |  | Extensión: |  |
| Correo electrónico: |  | Correo electrónico: |  |

Nota: Reproducir el apartado de la persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Suspensión de actividades  |  |  | Reinicio de actividades  |  |  | Baja definitiva del establecimiento  |
| De |  |  |  | A |  |  |  |  | Fecha |  |  |  |  |  |
| DD | MM | AAAA | DD | MM | AAAA | DD | MM | AAAA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 11. Modificación de licencias o permisos de responsable de operación o asesor especializado |
|  |
| Número de documento a modificar: |  |
| En la columna “Dice/condición autorizada” colocar los datos completos actuales. En la columna “Debe decir/ condición solicitada ” colocar los datos completos ya modificados. |
| Dice / condición autorizada | Debe decir / condición solicitada |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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.

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 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.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo y firma autógrafa del propietario

o representante legal

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**.