


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X		Hoja: 1 de 10

7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X		Hoja: 2 de 10

1.0 Propósito

1.1 Establecer los lineamientos y el procedimiento que se deberá seguir en la Subdirección Ejecutiva de Autorización en Servicios de Salud (SEASS) para llevar a cabo de una manera sistemática, ordenada y oportuna la recepción, control y distribución de documentos que se reciban de otras unidades y áreas administrativas de la Comisión Federal para la protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o externa de los Establecimientos que utilizan Fuentes de Radiación para Fines de Diagnóstico.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica a la Comisión de Autorización Sanitaria y específicamente a la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud (SEASS), la Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (GADSS).

2.2 A nivel externo aplica con las áreas competentes en Establecimientos que utilizan Fuentes de Radiación para Fines de Diagnóstico.

3.0 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos



3.1 Es responsabilidad de la Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud:

- Difundir, aplicar y actualizar este procedimiento
- Enviar una vez clasificada y autorizada por la SEASS la información correspondiente a Permisos de Responsable de Operación y Funcionamiento de Equipos de Rayos X a las distintas áreas implicadas con las cuales se tiene un vínculo multidisciplinario.

3.2 Toda correspondencia que se recibe en la SEASS, previa a su distribución, deberá ser registrada en los controles que se hayan implementado para tal efecto.

3.3 El número o clave de control que se le asigne a cada documento ingresado por el CIS, será el que se tome como referencia para identificar el mismo a la que turnó para su atención.

3.4 Se entenderá por unidades administrativas, a las distintas Comisiones, Coordinaciones Generales y Secretaria General que integran la COFEPRIS, incluyendo a la Oficina del Comisionado Federal; y por áreas administrativas a las Direcciones Ejecutivas, Subdirecciones Ejecutivas y Gerencias adscritas a las unidades administrativas, además del centro Integral de Servicios y de la Subdirección Técnica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X		Hoja: 3 de 10

3.5 Los Documentos que se utilizaran en el caso de que un Establecimiento cumpla con todos los requisitos necesarios son, el Permiso de Responsable (CAS-SEASS-P-07-F-01/0), Formato de Dictamen (CAS-SEASS-P-07-F-02/0); cuando le faltara un documento al expediente para tener un trámite aprobatorio, se le enviará el Oficio de Prevención (CAS-SEASS-P-07-F-03/0), se anexa al expediente el Formato de Dictamen (CAS-SEASS-P-07-F-02/0), y si después de enviada la prevención, el solicitante no contestara la prevención en tiempo y forma, se le realizará el Oficio de Negativa (CAS-SEASS-P-07-F-04/0) además del Formato de Dictamen (CAS-SEASS-P-07-F-02/0).

3.6 El Fundamento Jurídico Aplicable por la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud:



- Artículo 369.- “Las autorizaciones sanitarias serán otorgadas por la Secretaría de Salud o por los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, en los términos de esta Ley y demás disposiciones aplicables.”
- Artículo 370. “Las autorizaciones sanitarias serán otorgadas por tiempo indeterminado, con las excepciones que establezca esta Ley. En caso de incumplimiento de lo establecido en esta ley, sus reglamentos, normas oficiales mexicanas, las demás disposiciones generales que emita la Secretaría de Salud, o de las aplicables de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, las autorizaciones serán revocadas.”
- Artículo 371.- “Las autoridades sanitarias competentes expedirán las autorizaciones respectivas cuando el solicitante hubiere satisfecho los requisitos que señalen las normas aplicables y cubierto, en su caso, los derechos que establezca la legislación fiscal”.

3.7 El Marco Jurídico Aplicable por la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud:

- Artículo 224 Fracción IV del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica: “Requiere de Permiso... La posesión, transporte y utilización de fuentes de radiación y materiales radiactivos, así como la eliminación, desmantelamiento de los mismos y la disposición de sus desechos”.
- Numeral 6.3.2 de la NOM-229-SSA1-2002 del Responsable de la Operación y el Funcionamiento

3.8 La Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud otorga la Resolución del Trámite de Registro con:



- Fundamento en los artículos 132, 198, 368, 369, 371, 373 y 375 fracción X de la Ley General de Salud; 217, 218, 224, Fracción I, 225 y 229 del Reglamento de la Ley General de Salud en

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X		Hoja: 4 de 10

Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 12 Fracción XI del Decreto por el cual se crea la COFEPRIS.



3.9 La Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud no otorga la Resolución del Trámite de Registro con:

- Fundamento en lo dispuesto en el artículo 4° párrafo cuarto, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 17 A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3° fracción XXIII, 17 bis fracción IV, 45, 125, 198 fracción IV, 370 y 371 de la Ley General de Salud; 1, 3 fracción I apartado m, y fracción VII, 14 fracción I del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios; 1°, 3°, 217, 218, 220 fracción I y 222 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; primero, sexto y décimo primero del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X		Hoja: 5 de 10

4.0 Descripción del procedimiento


Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Recepción, registro de solicitudes y envió junto con documentación anexa.	1.1 Recibe de los usuarios solicitudes de autorizaciones sanitarias con la documentación anexa de Permiso de Responsable de Operación y Funcionamiento de Equipos de Rayos X. 1.2 Clasifica las solicitudes y las turna a la Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud. <ul style="list-style-type: none"> Solicitudes de Registro y Documentación Anexa 	Centro Integral de Servicios
2.0 Recepción de solicitudes y envió a la Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Mesa de Control).	2.1 Recibe solicitudes de autorizaciones sanitarias correspondientes a Permiso de Responsable y Funcionamiento de Equipos de Rayos X con la documentación anexa, las descarga de la intranet, las revisa y clasifica.	Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Mesa de control).
3.0 Revisión de solicitudes para determinar si es competencia de la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud.	3.1 Determina de acuerdo con la clave SCIAN (Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte) si son competencia del área administrativa Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud; si son de su competencia turna a dictaminador y continua procedimiento; en caso contrario, regresa a la actividad 1. Procede: No: Regresa a la actividad 1 Si: Continúa procedimiento.	Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Mesa de control).
4.0 Integración de expediente, análisis de solicitud y	4.1 Recibe la solicitud de autorización sanitaria correspondiente a Permiso de Responsable y Funcionamiento de Equipos de Rayos X con	Gerencia de Análisis y Dictamen en

<div><div>Salud</div><div></div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	<div><div>Cofepris</div><div>Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</div></div>	Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X		Hoja: 6 de 10

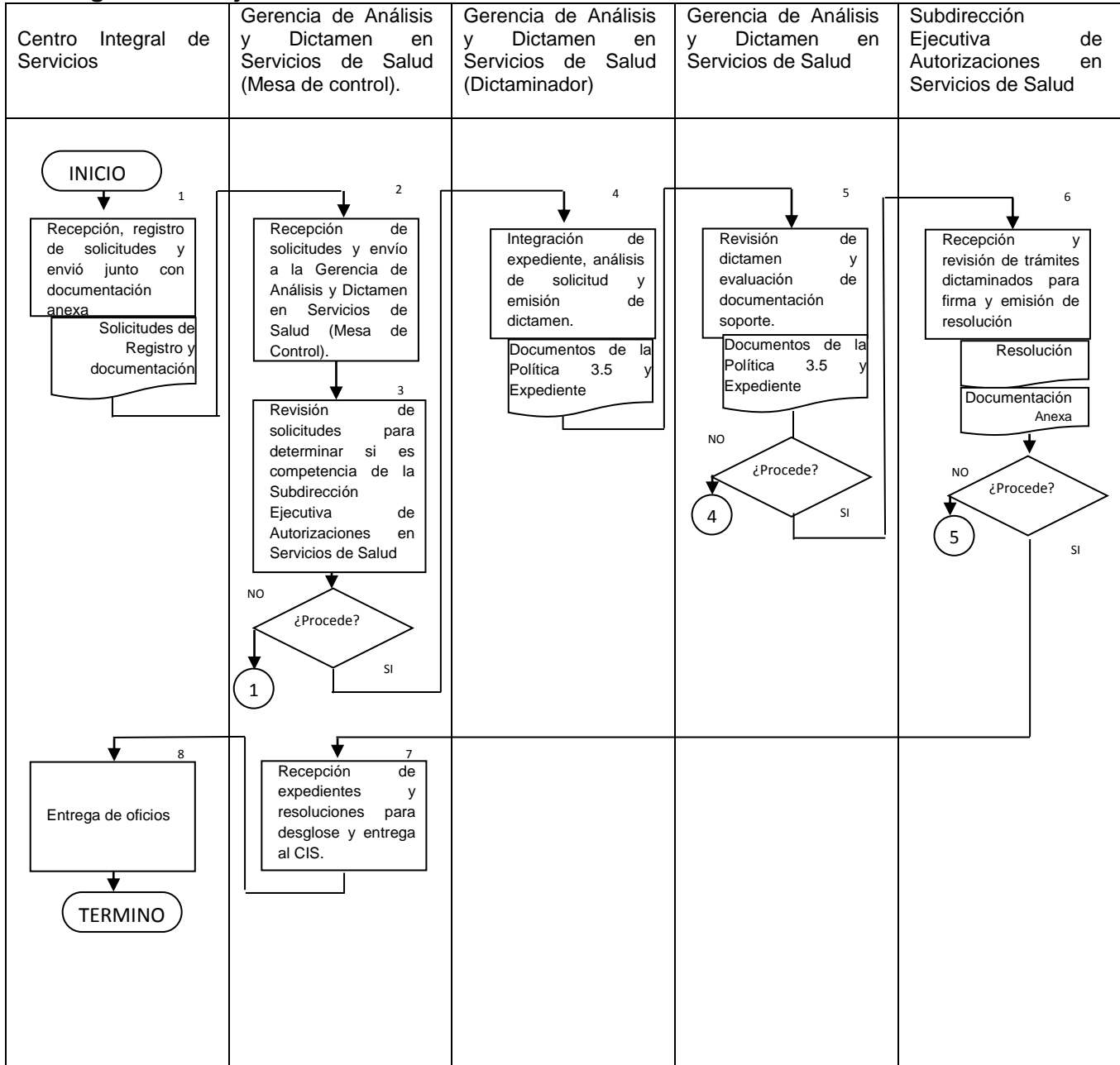
emisión de dictamen.	de	documentación anexa, abren expedientes, asignan número, analizan solicitud de autorización sanitaria y evalúan documentación anexa para elaborar los documentos aplicables correspondientes a la Política 3.5. • Documentos de la Política 3.5 y Expediente	Servicios de Salud (Dictaminador)
5.0 Revisión de dictamen y evaluación de documentación soporte.	de	5.1 Recibe expediente con: solicitud de autorización sanitaria; documentos anexos correspondientes a la política 3.5. 5.2 Analiza y verifica si cumple con los requisitos, de cumplir con requisitos, firma y continúa con el procedimiento; en caso contrario regresa a la actividad 4. Procede: No: Regresa a la actividad 4 Si: Continúa procedimiento • Documentos de la Política 3.5 y Expediente	Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud
6.0 Recepción de trámites dictaminados para firma y emisión de resolución.		6.1 Recibe solicitudes evaluadas de autorizaciones sanitarias de parte de la Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud correspondientes a Permiso de Responsable y Funcionamiento de Equipos de Rayos X con documentos anexos correspondientes a la Política 3.5. 6.2 Verifica si cumple con requisitos, de cumplir con requisitos, firma y continúa con el procedimiento; en caso contrario regresa a la actividad 5. Procede: No: Regresa a la actividad 5 Si: Continúa procedimiento • Resolución • Documentación Anexa	Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X		Hoja: 7 de 10

7.0 Recepción de expedientes y resoluciones para desglose y entrega al CIS.	<p>7.1 Recibe resolución de solicitud de autorización sanitaria con documentación anexa correspondiente a la política 3.5.</p> <p>7.2 Fotocopia, desglosa y descarga en Sistema de Información Integral para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (SIIPRIS) y entrega al Centro Integral de Servicios (CIS).</p> <p>7.3 Anexa fotocopias al expediente que puede quedar a resguardo en caso de realizarse una prevención.</p> <p>Nota En caso de solicitar una Visita Sanitaria, se envía memoranda a la Comisión de Operación Sanitaria (COS).</p>	Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Mesa de Control)
8.0 Entrega de oficios	8.1 Reciben de la Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Mesa de Control) oficios o memoranda, entregan en oficina de Autos y Correspondencia, según sea el caso.	Centro Integral de Servicios
	Termina Procedimiento	

<div><div>Salud</div><div></div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		<div><div>Cofepris</div><div>Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</div></div>	Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA			Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X			Hoja: 8 de 10

5.0 Diagrama de flujo



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X		Hoja: 9 de 10

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (DOF 09-02-2012)	No aplica
Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (DOF 15-12-2011)	No aplica
Ley Federal del Procedimiento Administrativo (D.O.F. 15-12-2011)	No Aplica
Ley General de Salud. (D.O.F.07-02-1984.) y sus reformas	No aplica
Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (D.O.F. 13 de abril de 2004)	No aplica
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica (D.O.F. 04-12-2009)	No Aplica
NOM-229-SSA1-2002	No Aplica
Acuerdo COFEPRIS del 28 de enero de 2011	No Aplica
Manual de Organización Especifico de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios vigente	No aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Licencia Sanitaria	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-07-F-01/0
Formato de Dictamen	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-07-F-02/0
Oficio de Prevención	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-07-F-03/0
Oficio de Negativa	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-07-F-04/0
Solicitud de Registro	5 años	SEASS/GADSS	N/A

8.0 Glosario

8.1.**CIS**: Centro Integral de Servicios.



8.2.**SEASS**: Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud.

8.3.**GADSS**: Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud.

8.4.**COS**: Comisión de Autorización Sanitaria

8.5.**SCIAN**: Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte

8.6.**SIIPRIS**: Sistema Integral de Información de Protección contra Riesgos Sanitarios

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-07
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE RESPONSABLE DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X		Hoja: 10 de 10


9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
Revisión 0	Marzo 2012	<p>Este procedimiento iniciará con la Revisión 0, no obstante queda reconocido que ya se contaba con una versión anterior de este procedimiento de clave CAS-83 esto derivado a la nueva codificación de calves que se está implementando para todos los procedimientos dentro de la Comisión Federal.</p> <p>Derivado a que el Marco Jurídico y los Formatos Aplicables son diferentes en las áreas competentes a SEASS.</p>


10.0 Anexos

- 10.1. Permiso de Responsable (CAS-SEASS-P-07-F-01/0)
- 10.2. Formato de Dictamen (CAS-SEASS-P-07-F-02/0)
- 10.3. Oficio de Prevención (CAS-SEASS-P-07-F-03/0)
- 10.4. Oficio de Negativa (CAS-SEASS-P-07-F-04/0)
- 10.5. Solicitud de Registro (N/A)

10.1. Permiso de Responsable (CAS SEASS-P-07-F-01/0)

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS					
COMISIÓN DE AUTORIZACION SANITARIA					
SUBDIRECCIÓN EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD					
GERENCIA DE ANALISIS Y DICTAMEN EN SERVICIOS DE SALUD					
					
GIRO	RAYOS X				
ESTABLECIMIENTO					
DOMICILIO					
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA OPERACIÓN FUNCIONAMIENTO DE RX.					
SOLICITUD	No. ENTRADA	FECHA/INGRESO	FECHA INGRESO AL AREA	EXPEDIENTE	
LIC. SAN.	XXXXXXXXXX	XX/XX/12	XX/XX/12	XXXX XXX	
ROF RX	XXXXXXXXXX	XX/XX/12			
DICTAMEN TÉCNICO					
EVALUACIÓN DE REQUISITOS DOCUMENTALES					
Para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.					
REQUISITO				SI	NO
1. Solicitud de Licencia Sanitaria debidamente llenada y firmada					
2. Comprobante del pago de derechos					
3. Memoria analítica de los blindajes y levantamiento de niveles de radiación después de la instalación del equipo, avalada por un asesor especializado en seguridad radiológica con croquis de distribución de las áreas del establecimiento y ubicación de los equipos.					
4. Fotocopia del Permiso del responsable de la operación y funcionamiento o, en su caso, copia de la solicitud con requisitos y documentación completa.					
5. Cédula de información técnica.					
5.1 Datos sanitarios.					
5.2 Datos del personal ocupacionalmente expuesto.					
5.3 Equipos de Rayos X					
5.4 Sistema de revelado.					
5.5 Dispositivos para la protección radiológica de pacientes y de personal ocupacionalmente expuesto.					
5.6 Manuales: Procedimientos técnicos Y Protección y Seguridad Radiológica.					
8.7. Horario de atención al público.					
Oficio Generado: XXXXXXXXXXXX fecha: XX/XXXX/2012 Cumple: SI					
EQUIPO DE RAYOS X					
UBICACION	MARCA	MODELO	APLICACION		
SALA DE TOMOGRAFIA					
SALA DE HEMODINAMIA					
URGENCIAS					
URGENCIAS					
QUIROFANO					
2/o PISO					
3/er. PISO					
QUIROFANO					
CÓDIGO: CAS SEASS-P-07-F-02/0					

10.2. Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-07-F-02/0)

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS					
COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA					
SUBDIRECCIÓN EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD					
GERENCIA DE ANÁLISIS Y DICTAMEN EN SERVICIOS DE SALUD					
					
GIRO	RAYOS X				
ESTABLECIMIENTO					
DOMICILIO					
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA OPERACIÓN FUNCIONAMIENTO DE RX.					
SOLICITUD	No. ENTRADA	FECHA/INGRESO	FECHA INGRESO AL AREA	EXPEDIENTE	
LIC. SAN.	XXXXXXXXXX	XX/XX/12	XX/XX/12	XXX XXX	
ROF RX	XXXXXXXXXX	XX/XX/12			
DICTAMEN TÉCNICO					
EVALUACIÓN DE REQUISITOS DOCUMENTALES					
Para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.					
REQUISITO				SI	NO
1. Solicitud de Licencia Sanitaria debidamente llenada y firmada					
2. Comprobante del pago de derechos					
3. Memoria analítica de los blindajes y levantamiento de niveles de radiación después de la instalación del equipo, avalada por un asesor especializado en seguridad radiológica con croquis de distribución de las áreas del establecimiento y ubicación de los equipos.					
4. Fotocopia del Permiso del responsable de la operación y funcionamiento o, en su caso, copia de la solicitud con requisitos y documentación completa.					
5. Cédula de información técnica.					
5.1 Datos sanitarios.					
5.2 Datos del personal ocupacionalmente expuesto.					
5.3 Equipos de Rayos X					
5.4 Sistema de revelado.					
5.5 Dispositivos para la protección radiológica de pacientes y de personal ocupacionalmente expuesto.					
5.6 Manuales: Procedimientos técnicos Y Protección y Seguridad Radiológica.					
8.7. Horario de atención al público.					
Oficio Generado: XXXXXXXXXXXX fecha: XX/XXXX/2012 Cumple: SI					
EQUIPO DE RAYOS X					
UBICACION	MARCA	MODELO	APLICACION		
SALA DE TOMOGRAFIA					
SALA DE HEMODINAMIA					
URGENCIAS					
URGENCIAS					
QUIROFANO					
2/o PISO					
3/er. PISO					
QUIROFANO					
CÓDIGO: CAS SEASS-P-07-F-02/0					

EVALUACIÓN DE REQUISITOS DOCUMENTALES
 Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento de establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.

REQUISITO	SI	NO
1.1 El trámite debe presentarse en el formato: Solicitud para autorización de responsable de la operación y funcionamiento de establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.		
1.2 Comprobante del pago de derechos.		
1.3 Fotocopia simple del título del Médico Cirujano.		
1.4 Fotocopia simple del Diploma de especialidad en Radiología expedido por una Institución de Salud o Académica reconocida.		
1. 5 Fotocopia simple del Certificado o de la Recertificación vigente de especialidad emitido por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen A.C.		
1. 6 Tres fotografías tamaño infantil.		
1. 7 Tener permanencia mínima en el establecimiento del 50 % del horario de atención al público.		

Oficio Generado: XXXXXXXXXXXX Fecha: XX/XXXX/12 Cumple: SI

EVALUACIÓN DE REQUISITOS DOCUMENTALES
 Aviso de modificación de responsable de la operación y funcionamiento de establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

REQUISITO	SI	NO
1.3 Solicitud en el formato oficial de modificación de la autorización de responsable de la operación y funcionamiento de establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.		
1.3.1 Comprobante del pago de derechos.		
1.3.2 Permiso sanitario vigente (Original) .		
1.3.3 Fotocopia del Certificado o de la Recertificación vigente de la Especialidad emitido por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen A.C.		
1.3.4 Dos fotografías tamaño infantil.		

Oficio Generado: Fecha: Cumple

IRREGULARIDADES SANITARIAS OBSERVADAS





PROCEDE	SI	NO
Otorgar Licencia Sanitaria No. XX RX XX XXX XXX		
Otorgar Permiso PROF RX No. XXX/RX/2012 MODIFICACION P ROF RX		
Cancelación de la Licencia Sanitaria No.		
Cancelación del Permiso de ROF. No. XXXX/XX		
Girar Oficio de solicitud de documentación y/o información.		
Dar de Baja el Expediente El establecimiento del padrón		
Desecho de trámite		

FIRMAS DEL DICTAMEN

Vo. Bo.	EVALUACION DOCUMENTAL
DICTAMINADOR	
SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD	
GERENCIA DE ANALISIS Y DICTAMEN EN SERVICIOS DE SALUD	

CÓDIGO: CAS SEASS-P-07-F-02/0

10.3. Oficio de Prevención (CAS SEASS-P-07-F-03/0)

			
			GOBIERNO FEDERAL
			SALUD

Oficio número: _____
México, D.F. a _____ de _____ del _____

Representante legal ó director médico ó director administrativo ó propietario de (denominación del establecimiento)
Calle _____
Col. _____
Del. ó Mpo. _____
C. P. _____
Ciudad, Estado _____
Teléfono _____
PRESENTE

En atención a la documentación recibida el ____ de _____ de _____ en ésta Comisión, con número de entrada _____, para la obtención de la licencia sanitaria para el establecimiento que utilizan fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico, **modalidad A, Rayos X** (comprende las aplicaciones siguientes: *radiografía convencional, fluoroscopia, mamografía, tomografía axial computarizada, panorámica dental, hemodinamia, arteriografía*), **modalidad B, Medicina nuclear, modalidad C, Radioterapia**, para el establecimiento con razón social _____, con domicilio en _____, al respecto le comunico lo siguiente:

Con fundamento en lo dispuesto en el párrafo cuarto del artículo 4, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17, fracción XXIV del 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 17 A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; fracción XXIII del 3º, 45, fracción IV del 198, 370 y 371 de la Ley General de Salud; fracción I apartado m, y fracción VII del 3, fracción I del artículo 14 del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios; 1º, 3º, **fracción I (ESTA FRACCIÓN APLICA RAYOS X), fracción II (ESTA FRACCIÓN APLICA A MEDICINA NUCLEAR), fracción III (ESTA FRACCIÓN APLICA A RADIOTERAPIA)** del 173, 174 (ESTE ARTÍCULO APLICA RAYOS X), 191 (ESTE ARTÍCULO APLICA A MEDICINA NUCLEAR), 207 (ESTE ARTÍCULO APLICA A RADIOTERAPIA), 216, 217, 218, fracción I del 220 y 232 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; numerales 6.2.1.1 (ESTE NUMERAL APLICA cuando la solicitud de licencia sanitaria de Rayos X fue formulada en un formato distinto al oficial y/o no presentó el comprobante del pago de derechos), 6.2.1.2 (ESTE NUMERAL APLICA A RAYOS X, en el caso de no presentar fotocopia simple del acta constitutiva del establecimiento o del alta ante la S.H.C.P.), 6.2.1.3 (ESTE NUMERAL APLICA A RAYOS X, por no presentar fotocopia simple del poder notarial del representante legal del establecimiento), 6.2.1.6 (ESTE NUMERAL APLICA A RAYOS X, por falta de memoria analítica y levantamiento de niveles de radiación, por no estar acorde a los servicios a prestarse, o con la denominación del establecimiento), 6.2.1.7 (ESTE NUMERAL APLICA A RAYOS X, por falta de cédula de información técnica del establecimiento, por no estar debidamente requisitada y/o actualizada), 6.2.1.9 (ESTE NUMERAL APLICA A RAYOS X, por falta del permiso de responsable del establecimiento o por no estar vigente) de la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X; primero, sexto y décimo primero del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, en virtud del (dejar espacio suficiente para que el dictaminador pueda enunciar los diferentes motivos de la prevención única, puede ser desde un solo renglón hasta 40)

se le previene por única vez para que subsane la omisión dentro del término de _____ días hábiles, plazo que empezará a contarse a partir del día siguiente a aquel en que haya surtido efectos la notificación de éste oficio. Transcurrido el plazo correspondiente sin desahogar la prevención, se desechará el trámite.

Sin otro particular, le envío un saludo

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD

ALVARO HERRERA HUERTA

C.c.p. Secretario de Salud del Estado de _____
Expediente. _____

Monterrey 33 Col. Roma, Del. Cuauhtémoc México, DF 06700
Tel. 5080 5200 ext.1400. www.cofepris.gob.mx

CÓDIGO: CAS SEASS-P-07-F-03/0

10.4. Oficio de Negativa (CAS SEASS-P-07-F-04/0)

		Somos COFEPRIS, somos ARN	
			GOBIERNO FEDERAL
			SALUD

Oficio número: _____

México, D.F. a ____ de _____ del _____

Razón social del establecimiento _____
Calle _____
Col. _____
Del. ó Mpo. _____
C. P. _____
Ciudad, Estado _____
Teléfono _____
PRESENTE

En atención a su escrito recibido el ____ de _____ del ____ en ésta Comisión, con número de entrada _____, turnada a ésta Subdirección el ____ de _____ del ____ con el cual da respuesta a la prevención única formulada a través del oficio número _____ de fecha ____ de _____ relacionada con la solicitud de licencia sanitaria para el establecimiento que utiliza fuentes de radiación con fines médicos o de diagnóstico modalidad: **(OPCIONES: A. Rayos X, B. Medicina Nuclear, C. Radioterapia)**, **(MENCIONAR APLICACIONES O EQUIPOS _____)**, para el establecimiento con razón social _____, con domicilio en _____ al respecto le comunico lo siguiente:

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 4° párrafo cuarto, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 17 A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3° fracción XXIII, 17 bis fracción IV, 45, 125, 198 fracción IV, 370 y 371 de la Ley General de Salud; 1, 3 fracción I apartado m, y fracción VII, 14 fracción I del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios; 1°, 3°, 217, 218, 220 fracción I y 222 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; primero, sexto y décimo primero del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, toda vez que **(OPCIONES: A. no dio respuesta a los puntos solicitados en el oficio de prevención única; B. dio respuesta parcialmente a los puntos solicitados en el oficio de prevención única; C. envió documentación diferente a la requerida en el oficio de prevención única)**, y al quedar pendientes los puntos consistentes

Con fundamento en el artículo 17 A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo procede el desecho del trámite antes mencionado, en consecuencia deberá abstenerse de realizar cualquier acto relacionado con la utilización de fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico, hasta contar con la autorización sanitaria correspondiente, en caso contrario, se hará acreedor a la aplicación de las sanciones previstas en los ordenamientos legales aplicables.

Sin otro particular, le envío un saludo.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD

ALVARO HERRERA HUERTA



C.c.p. Secretario de Salud del Estado de _____
Expediente.

Ahh/Lti

CÓDIGO: CAS SEASS-P-07-F-04/0

Monterrey 33 Col. Roma, Del. Cuauhtémoc México, DF 06700
Tel. 5080 5200 ext.1400. www.cofepris.gob.mx

10.5. Solicitud de Registro, página 1.

 Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios SERVICIOS DE SALUD		 SALUD	
No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)		NO. RUPA	
ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS. LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA O A COMPUTADORA.			
1A AVISO DE:		1B SOLICITUD DE:	
RESPONSABLE SANITARIO DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERAN CON LICENCIA SANITARIA ALTA <input type="radio"/> MODIFICACIÓN O BAJA <input type="radio"/>		ALTA O NUEVO <input type="radio"/> MODIFICACIÓN <input type="radio"/>	
BAJA DE PERMISO DE RESPONSABLE <input type="checkbox"/>		LICENCIA <input type="checkbox"/> PERMISO <input type="checkbox"/>	
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>		AUTORIZACIÓN DE LIBROS <input type="checkbox"/>	
HOMOCLOVE DEL TRÁMITE:		NOMBRE DEL TRÁMITE:	
MODALIDAD DEL TRÁMITE:			
2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)		R.F.C.	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
COLONIA		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	
ENTRE CALLE Y CALLE		ENTIDAD FEDERATIVA	
TELÉFONO		FAX	
3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
SECTOR AL QUE PERTENECE: PÚBLICO <input type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
COLONIA		CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD		ENTIDAD FEDERATIVA	
ENTRE CALLE Y CALLE		TELÉFONO	
FAX		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN	
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN	
CLAVE (B(2)A(1))		DESCRIPCIÓN DEL SOA(1)	
INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO			
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO	
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO	

10.5. Solicitud de Registro, página 2.

4 DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA:												
ACTOS QUIRÚRGICOS Y/O OBSTÉTRICOS <input type="checkbox"/>				DISPOSICIÓN Y BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS <input type="checkbox"/>				BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN <input type="checkbox"/>				
ALTA <input type="radio"/>				MODIFICACIÓN <input type="radio"/>				BAJA <input type="radio"/>				
NOMBRE COMPLETO								R.F.C.				
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)								CORREO ELECTRÓNICO				
HORARIO:		D	L	M	M	J	V	S	DE		A	SÓLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA
		D	L	M	M	J	V	S	DE		A	MÉDICO CIRUJANO <input type="checkbox"/> HEMATÓLOGO <input type="checkbox"/> PATÓLOGO CLÍNICO <input type="checkbox"/>
										(CONSTANCIA DE IDONEIDAD)		
TÍTULO PROFESIONAL DE						TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR				No. DE CÉDULA PROFESIONAL		
TÍTULO DE ESPECIALIDAD DE						TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR				No. DE CÉDULA DE ESPECIALIDAD		
PEGAR FOTO SÓLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA		FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO						EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.				
								NOMBRE COMPLETO				
								R.F.C.				

5 DATOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO QUE UTILIZA FUENTES DE RADIACIÓN PARA FINES MÉDICOS, DE DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO:												
RAYOS X <input type="checkbox"/>				MEDICINA NUCLEAR <input type="checkbox"/>				RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/>				
ALTA <input type="radio"/>				MODIFICACIÓN <input type="radio"/>				BAJA <input type="radio"/>				
NOMBRE COMPLETO												
R.F.C.								C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)				
HORARIO:		D	L	M	M	J	V	S	DE		A	CON TÍTULO PROFESIONAL DE:
		D	L	M	M	J	V	S	DE		A	ESPECIALIDAD DE:
TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR:						TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:				No. DE CÉDULA PROFESIONAL		

6 DATOS DEL ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA (RESPONSABLE TÉCNICO):											
ALTA <input type="radio"/>				MODIFICACIÓN <input type="radio"/>				BAJA <input type="radio"/>			
NOMBRE COMPLETO								R.F.C.			
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)								CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR			
COLONIA								DELEGACIÓN O MUNICIPIO			
LOCALIDAD								CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA	
CON TÍTULO PROFESIONAL DE:								ESPECIALIDAD DE:			
TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR:						TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:				No. DE CÉDULA PROFESIONAL	

10.5. Solicitud de Registro, página 3.

7A ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS, PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS:	
SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES Y ANOTE EN EL RECUADRO CON NÚMEROS ÁRABIGOS LA CANTIDAD :	
<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="text"/> QUIRÓFANOS</div> <div><input type="text"/> CAMAS CENSABLES</div> <div><input type="text"/> CONSULTA EXTERNA</div> <div><input type="text"/> LABORATORIO CLÍNICO</div> <div><input type="text"/> ULTRASONIDO</div> <div><input type="text"/> RAYOS X</div> <div><input type="text"/> MASTOGRAFÍA</div> <div><input type="text"/> HEMODIÁLISIS</div> <div><input type="text"/> MÁQUINAS Y SILLONES PARA HEMODIÁLISIS</div> <div><input type="text"/> ELECTROCARDIOGRAFÍA</div> <div><input type="text"/> ELECTROENCEFALOGRAFÍA</div> <div><input type="text"/> TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA</div> <div><input type="text"/> CAMAS NO CENSABLES</div> <div><input type="text"/> CITOLOGÍA EXFOLIATIVA</div> <div><input type="text"/> HOSPITALIZACIÓN</div> </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="text"/> SALA DE EXPULSIÓN</div> <div><input type="text"/> TERAPIA INTENSIVA</div> <div><input type="text"/> TERAPIA INTERMEDIA</div> <div><input type="text"/> TERAPIA NEONATAL</div> <div><input type="text"/> LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD</div> <div><input type="text"/> BANCO DE ÓRG. Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CÉLULAS</div> <div><input type="text"/> BANCO DE SANGRE Y/O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN</div> <div><input type="text"/> CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)</div> <div><input type="text"/> COCINA COMEDOR</div> <div><input type="text"/> LAVANDERÍA</div> <div><input type="text"/> CUARTO DE MÁQUINAS</div> <div><input type="text"/> PLANTA DE EMERGENCIA</div> <div><input type="text"/> AMBULANCIA (S)</div> <div><input type="text"/> URGENCIAS</div> </div>

7B PARA DISPOSICIÓN DE ORGANOS Y/O BANCOS DE TEJIDOS Y CÉLULAS:						
MARQUE CON UNA "X" LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:						
TIPO	CÓRNEAS	HUESO	RIÑÓN	HÍGADO	CORAZÓN	CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS
EXTRACCIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TRASPLANTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BANCO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTROS (INDIQUE TIPO DE ACTO A REALIZAR Y EL ÓRGANO, TEJIDO O CÉLULA RELACIONADO): <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>						

8 PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA:	
SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES :	
<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="text"/> SALA DE ESPERA</div> <div><input type="text"/> EXÁMENES MÉDICOS</div> <div><input type="text"/> LABORATORIO CLÍNICO</div> <div><input type="text"/> CONTROL ADMINISTRATIVO Y SUMINISTRO</div> </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="text"/> OBTENCIÓN DE LA SANGRE</div> <div><input type="text"/> FRACCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN</div> <div><input type="text"/> APLICACIONES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES</div> <div><input type="text"/> INSTALACIONES SANITARIAS</div> </div>

10.5. Solicitud de Registro, página 4.

9A	ACTUALIZACIÓN DE DATOS: (Solo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1A del campo de avisos)																	
TIPO DE MODIFICACIÓN				DICE			DEBE DECIR											
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>																		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>																		
OTROS (DOMICILIO FISCAL, TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>																		
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>				REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>			BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>											
DE <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td style="width: 33px; text-align: center;">DÍA</td><td style="width: 33px; text-align: center;">MES</td><td style="width: 33px; text-align: center;">AÑO</td></tr></table> A <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td style="width: 33px; text-align: center;">DÍA</td><td style="width: 33px; text-align: center;">MES</td><td style="width: 33px; text-align: center;">AÑO</td></tr></table>				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td style="width: 33px; text-align: center;">DÍA</td><td style="width: 33px; text-align: center;">MES</td><td style="width: 33px; text-align: center;">AÑO</td></tr></table>			DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO																
DÍA	MES	AÑO																
DÍA	MES	AÑO																

9B	MODIFICACIÓN DE: (solo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1B del campo de solicitudes)									
NUMERO DE DOCUMENTO A MODIFICAR:										
DICE / CONDICIÓN AUTORIZADA						DEBE DECIR / CONDICIÓN SOLICITADA				

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL CAMPO.

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPO 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 FALSEDADE DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD. Y ACEPTO QUE LA NOTIFICACIÓN DE ESTE TRÁMITE SE REALICE A TRAVÉS DEL CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS U OFICINAS EN LOS ESTADOS CORRESPONDIENTES AL SISTEMA FEDERAL SANITARIO.
(Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PUBLICOS? SI ☐ NO ☐

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO, O REPRESENTANTE LEGAL
O RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-112-0584 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2363, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-233-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NUMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN PORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.