5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIAS SANITARIAS DE ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS.

1.0 Propósito

1.1 Establecer los lineamientos y el procedimiento que se deberá seguir en la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones 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 Realizan Actos Quirúrgicos u Obstétricos.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica a la Comisión de Autorización Sanitaria (CAS) 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 Realizan Actos Quirúrgicos u Obstétricos.

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 Autorización de Licencia Sanitaria de los Establecimientos que Realizan Actos Quirúrgicos u Obstétricos 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.

3.5 Los Documentos que se utilizaran en el caso de que un Establecimiento cumpla con todos los requisitos necesarios son, la Licencia Sanitaria de Funcionamiento (CAS SEASS-P-05-F-01/0), Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-05-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-05-F-03/0) se anexa el Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-05-F-02/0) al expediente, 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-05-F-04/0) además del Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-05-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 46 de la Ley General de Salud: “La construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las normas oficiales mexicanas que, con fundamento en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, expida la Secretaría de Salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes”.

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

- Fundamento en los artículos 368, 369, 371 y 372 de la Ley General de Salud; 217, 218, 224, Fracción I, 225 y 229 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

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

- Fundamento en el párrafo tercero del artículo 4° Constitucional; 39 de la Ley Orgánica para la Administración Pública Federal; fracción I del artículo 3°; fracción IV del 17 bis, 45, fracción V del 198, 369 y 371 de la Ley General de Salud, 217, 218,224, Fracción I, 225 y 229 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica y 17A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; fracción I apartado A del Artículo 3° y 14 del Reglamento de la COFEPRIS; Artículo 6° del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaria 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; Artículo Vigésimo cuarto del acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los órganos administrativos que en el mismo se indica de la Comisión Federal para La protección contra Riesgos Sanitarios y NOM 197, SSA-1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

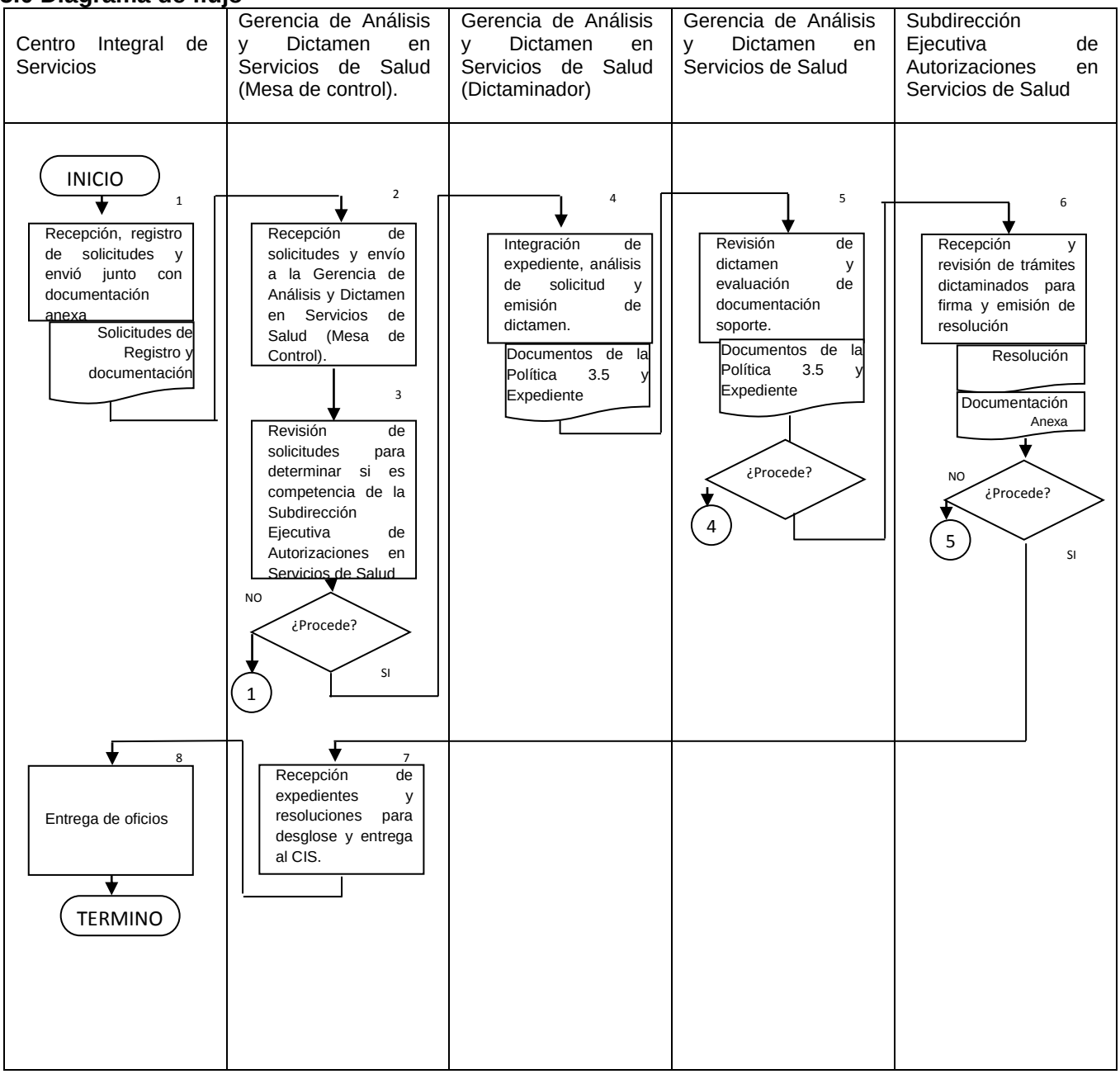
4.0 Descripción del procedimiento

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 Establecimientos que Realizan Actos Quirúrgicos u Obstétricos. 1.2 Clasifica las solicitudes y las turna a la Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud. • Solicitudes de Registro y Documentación Anexa	Centro Integral de Servicios
2.0 Recepción de solicitudes y envío a la Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Mesa de Control).	2.1 Recibe solicitudes de autorizaciones sanitarias correspondientes a Establecimientos que Realizan Actos Quirúrgicos u Obstétricos 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 emisión de dictamen.	4.1 Recibe la solicitud de autorización sanitaria correspondiente a Establecimientos que Realizan Actos Quirúrgicos u Obstétricos con documentación anexa, abren expedientes, asignan número, analizan solicitud de autorización sanitaria y evalúan documentación anexa para elaborar los documentos aplicables	Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Dictaminador)

	correspondientes a la Política 3.5. • Documentos de la Política 3.5 y Expediente	
5.0 Revisión de dictamen y evaluación de documentación soporte.	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 Establecimientos que Realizan Actos Quirúrgicos u Obstétricos 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
7.0 Recepción de expedientes y resoluciones para desglose y entrega al CIS.	7.1 Recibe resolución de solicitud de autorización sanitaria con documentación anexa correspondiente a la política 3.5. 7.2 Fotocopia, desglosa y descarga en Sistema de	Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Mesa de Control)

	Información Integral para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (SIIPRIS) y entrega al Centro Integral de Servicios (CIS). 7.3 Anexa fotocopias al expediente que puede quedar a resguardo en caso de realizarse una prevención. **Nota** En caso de solicitar una Visita Sanitaria, se envía memoranda a la Comisión de Operación Sanitaria (COS).	
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		

5.0 Diagrama de flujo



PAC autor.

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-197-SSA1-2000	No Aplica
Acuerdo COFEPRIS del 28 de enero de 2011	No Aplica
Manual de Organización 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 de Funcionamiento	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-05-F-01/0
Formato de Dictamen	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-05-F-02/0
Oficio de Prevención	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-05-F-03/0
Oficio de Negativa	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-05-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

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
Revisión 0	Marzo 2012	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. Derivado a que el Marco Jurídico y los Formatos Aplicables son diferentes en las áreas competentes a SEASS.

10.0 Anexos

10.1. Licencia Sanitaria de Funcionamiento (CAS SEASS-P-05-F-01/0)
10.2. Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-05-F-02/0)
10.3. Oficio de Prevención (CAS SEASS-P-05-F-03/0)
10.4. Oficio de Negativa (CAS SEASS-P-05-F-04/0)
10.5. Solicitud de Registro (N/A)

10.1. Licencia Sanitaria de Funcionamiento (CAS SEASS-P-05-F-01/0)

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA DE SALUD
COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS
COMISION DE AUTORIZACION SANITARIA

XXXXXXXXXXX

NOMBRE DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL:

DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO:

CALLE:

COLONIA Y/O LOCALIDAD:

DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO:

CODIGO POSTAL:

ENTIDAD FEDERATIVA:

LICENCIA SANITARIA No.

XX AM XX XXX XXX

AUTORIZADO PARA:

622112

(INDICAR LA MODALIDAD CORRESPONDIENTE)

FECHA DE EXPEDICION

XX/XX/2012

VIGENCIA INDETERMINADA
DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 370
DE LA LEY GENERAL DE SALUD

LA PRESENTE AUTORIZACION ES VALIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN LAS QUE FUE EXPEDIDA

DR. ALVARO HERRERA HUERTA
SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD

Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los órganos administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios, artículo vigésimo primero por lo que se delega en la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud la facultad de expedir y prorrogar las licencias y permisos sanitarios relacionados con las materias a que se refiere el artículo 3 fracción I incisos a y m del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

ARTICULO 4, FRACCION II INCISO C Y 14 FRACCION I DEL REGLAMENTO DE LA COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

ESTA LICENCIA DEBERA ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO

LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO

CÓDIGO: CAS SEASS-P-05-F-01/0

10.2. Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-05-F-02/0)

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS	2011

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA

SUBDIRECCIÓN EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD

GERENCIA DE ANALISIS Y DICTAMEN EN SERVICIOS DE SALUD

	1.- Datos del solicitante
Nombre de la persona física o moral propietaria del establecimiento	
Nombre del Responsable Sanitario	
DOMICILIO	
Teléfono	

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			
DOMICILIO			
SOLICITUD:	FECHA DE INGRESO	EXPEDIENTE	CONCEPTO
COPIA COMPROBANTE PAGO DE DERECHOS		SAT – 5	

3.- DOCUMENTTACION ANEXA AL FORMATO UNICO DE SOLICITUD		
REQUISITOS	SI	NO
1.- FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA		
2.- CURRICULUM VITAE DEL DIRECTOR RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO		
3.- AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO COFEPRIS – 05 – 037 – A		
4.- PROGRAMA MEDICO ARQUITECTONICO: ORIGINAL		
5.-MEMORIA DESCRIPTIVA: ORIGINAL		
6.- PLANOS ARQUITECTONICOS: ORIGINAL O COPIA		

FORMATO DE DICTAMEN

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS	2011

4.- IRREGULARIDADES SANITARIAS OBSERVADAS

PROCEDE:	MARQUE "X"
1.- EXPEDIR LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO	
2.- GIRAR OFICIO DE PREVENCION UNICA	
3.- TURNAR A LA C.O.S MEMORANDO PARA LA VISISTA DE VERIFICACION SANITARIA	
4.- OTRAS ESPECIFIQUE:	

CONCEPTO	FECHA
DOCUMENTACION RECIBIDA	
ENTREGA DE PREVENCION UNICA	
DESECHO DEL TRAMITE	

TO DE DICTAMEN

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

10.3. Oficio de Prevención (CAS SEASS-P-05-F-03/0)

Vivir Mejor

Cofepris
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

10 AÑOS
Protegiendo tu salud

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 _____ del _____en ésta Comisión, con número de entrada _____, turnada a ésta Subdirección el ___ de _____ del _____para la obtención de la licencia sanitaria para el establecimiento de atención médica, modalidad A, donde se practican actos quirúrgicos y/u obstétricos para el establecimiento con razón socia l_____, con domicilio en _____al respecto le comunico lo siguiente:

Con fundamento en el párrafo tercero del artículo 4° Constitucional; 39 de la Ley Orgánica para la Administración Pública Federal; fracción I del artículo 3°; fracción IV del 17 bis, 45, fracción V del 198, 369 y 371 de la Ley General de Salud, 217, 218,224, Fracción I, 225 y 229 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica y 17A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; fracción I apartado A del Artículo 3° y 14 del Reglamento de la CCOFEPRIS; Artículo 6° del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaria 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; Artículo Vigésimo cuarto del acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los órganos administrativos que en el mismo se indica de la Comisión Federal para La protección contra Riesgos Sanitarios y NOM 197, SSA-1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, en virtud de: (dejar espacio suficiente para que el dictaminador pueda enunciar los diferentes motivos de la prevención única, puede ser de uno hasta 40 renglones)
_____
_____
_____,
se le previene por única vez para que subsane la(s) omisión(es) mencionadas anteriormente 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

OFICIO DE PREVENCIÓN

10.4. Oficio de Negativa (CAS SEASS-P-05-F-04/0)

Vivir Mejor

Cofepris
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Somos COFEPRIS, somos ARN

GOBIERNO FEDERAL
SALUD

Oficio número: _____

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

(OPCIONES: Representante legal ó director administrativo ó propietario del establecimiento (agregar razón social).
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 _____del _____ relacionada con la solicitud de licencia sanitaria para el establecimiento de atención médica modalidad: **A**. donde se practican actos quirúrgicos y/u obstétricos, **(Enunciar tipo de acto**:_____**)**, 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 I y III, 17 bis fracción IV, 45, 198 fracción V, 370 y 371 de la Ley General de Salud; 1, 3 fracción I apartado a, 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 en_____
_____
_____
_____
_____.

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 quirúrgico y/u obstétrico hasta obtener 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.

PRLI/Iniciales dictaminador.

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

OFICIO DE NEGATIVA

10.5. Solicitud de Registro, página 1.

Cofepris
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:

RESPONSABLE SANITARIO DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERAN CON LICENCIA SANITARIA

ALTA ◯ MODIFICACIÓN O BAJA ◯

BAJA DE PERMISO DE RESPONSABLE ☐

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA ☐

1B SOLICITUD DE:

		ALTA O NUEVO	MODIFICACIÓN
LICENCIA	☐	◯	◯
PERMISO	☐	◯	◯
AUTORIZACIÓN DE LIBROS	☐		

HOMOCLAVE 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.	
		C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

SECTOR AL QUE PERTENECE: PÚBLICO ☐ SOCIAL ☐ PRIVADO ☐

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN	

CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN

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 QUIRÚGICOS Y/U OBSTÉTRICOS ☐ DISPOSICIÓN Y BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS ☐ BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN ☐

ALTA ◯ MODIFICACIÓN ◯ BAJA ◯

NOMBRE COMPLETO	R.F.C.
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO

HORARIO:	D	L	M	M	J	V	S	DE	A
	D	L	M	M	J	V	S	DE	A

SÓLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

MÉDICO CIRUJANO (CONSTANCIA DE IDONEIDAD) ☐ HEMATÓLOGO ☐ PATÓLOGO CLÍNICO ☐

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 SANGUÍNEA

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 ☐ MEDICINA NUCLEAR ☐ RADIOTERAPIA ☐

ALTA ◯ MODIFICACIÓN ◯ BAJA ◯

NOMBRE COMPLETO

R.F.C.	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)

HORARIO:	D	L	M	M	J	V	S	DE	A
	D	L	M	M	J	V	S	DE	A

CON TÍTULO PROFESIONAL DE:

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 ◯ MODIFICACIÓN ◯ BAJA ◯

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 ARÁBIGOS LA CANTIDAD :

	QUIRÓFANOS		SALA DE EXPULSIÓN
	CAMAS CENSABLES		TERAPIA INTENSIVA
	CONSULTA EXTERNA		TERAPIA INTERMEDIA
	LABORATORIO CLÍNICO		TERAPIA NEONATAL
	ULTRASONIDO		LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
	RAYOS X		BANCO DE ÓRG. Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CÉLULAS
	MASTOGRAFÍA		BANCO DE SANGRE Y/O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
	HEMODIÁLISIS		CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)
	MÁQUINAS Y SILLONES PARA HEMODIÁLISIS		COCINA COMEDOR
	ELECTROCARDIOGRAFÍA		LAVANDERÍA
	ELECTROENCEFALOGRAFÍA		CUARTO DE MÁQUINAS
	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA		PLANTA DE EMERGENCIA
	CAMAS NO CENSABLES		AMBULANCIA (S)
	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA		URGENCIAS
	HOSPITALIZACIÓN		

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 HEMATOPOYETICAS
EXTRACCIÓN						
TRASPLANTE						

TIPO	CÓRNEAS	HUESO	CÉLULAS GERMINALES	PIEL	ADMIOS	CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS
BANCO						

OTROS (INDIQUE TIPO DE ACTO A REALIZAR Y EL ÓRGANO, TEJIDO O CÉLULA RELACIONADO):

8 PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:

SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES :

	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

10.5. 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 DE DECIR
REPRESENTANTE LEGAL ☐		
PERSONA AUTORIZADA ☐		
OTROS (DOMICILIO FISCAL, TELEFONO, FAX , CORREO ELECTRÓNICO) ☐		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES ☐ DE DÍA MES AÑO A DÍA MES AÑO

REINICIO DE ACTIVIDADES ☐ FECHA DÍA MES AÑO

BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO ☐

9B MODIFICACIÓN DE: (solo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1B del campo de solicitudes)

NÚMERO 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 CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD. Y ACEPTO QUE LA NOTIFICACIÓN DE ESTE TRÁMITE SE REALICE A TRAVÉS DEL CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS U OFICINAS EN LOS ESTADOS CORRESPONDIENTES AL SISTEMA FEDERAL SANITARIO.
(Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

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 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 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.