


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		Hoja: 1 de 10

3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		Hoja: 2 de 10

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 con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células.

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 instancias y a las áreas competentes en Establecimientos con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células.

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 con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células 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-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		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, la Licencia Sanitaria (CAS SEASS-P-03-F-01/0), Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-03-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-03-F-03/0) se anexará el formato de Dictamen al expediente (CAS SEASS-P-03-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-03-F-04/0) además del Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-03-F-02/0).

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

- Artículo 313 de la Ley General de Salud: “Compete a la Secretaría de Salud:
 - I. El control sanitario de la disposición y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, por conducto del órgano desconcentrado denominado Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios;”
- 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 Quinto Transitorio de la Ley General de Salud: “En tanto entra en funciones el Centro Nacional de Trasplantes, la Secretaría de Salud ejercerá las facultades de control sanitario a que se refiere la fracción I del artículo 313 de esta Ley, por conducto de la unidad administrativa que, conforme al Reglamento Interior de esa Dependencia, actualmente tenga a su cargo la vigilancia de los actos de disposición de órganos.”



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		Hoja: 4 de 10

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

- Fundamento en los Artículos 315, 368, 369, 370, 371, de la Ley General de Salud; Artículos 89, 90, 92, 93, 97 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de seres humanos; Artículo 3 Fracciones I, Inciso A y VII del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de abril de 2004.



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

- Fundamento en párrafo cuarto del artículo 4º, 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; 1º, 2º, 17- A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; fracción IX del 3º, 98, 100 fracción V, 369, 370 y 371 de la Ley General de Salud; Artículo 3 fracción I inciso s y fracción VII, Artículo 14 fracción I del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios; Con fundamento en y Sexto del acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites Empresariales que aplica la Secretaría de Salud. En incumplimiento al Art. 315 y 316 de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y cadáveres de Seres Humanos y al Art. 90 Fr. I y IV, 92 Fr. III, 94 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		Hoja: 5 de 10

4.0 Descripción del procedimiento



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Recepción, registro de solicitudes y envío junto con documentación anexa.	1.1 Recibe de los usuarios solicitudes de autorizaciones sanitarias con la documentación anexa de Establecimientos con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células. 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 con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células 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 con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células con documentación anexa, abren expedientes, asignan número, analizan solicitud de autorización sanitaria y evalúan documentación anexa para elaborar los	Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Dictaminador)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		Hoja: 6 de 10

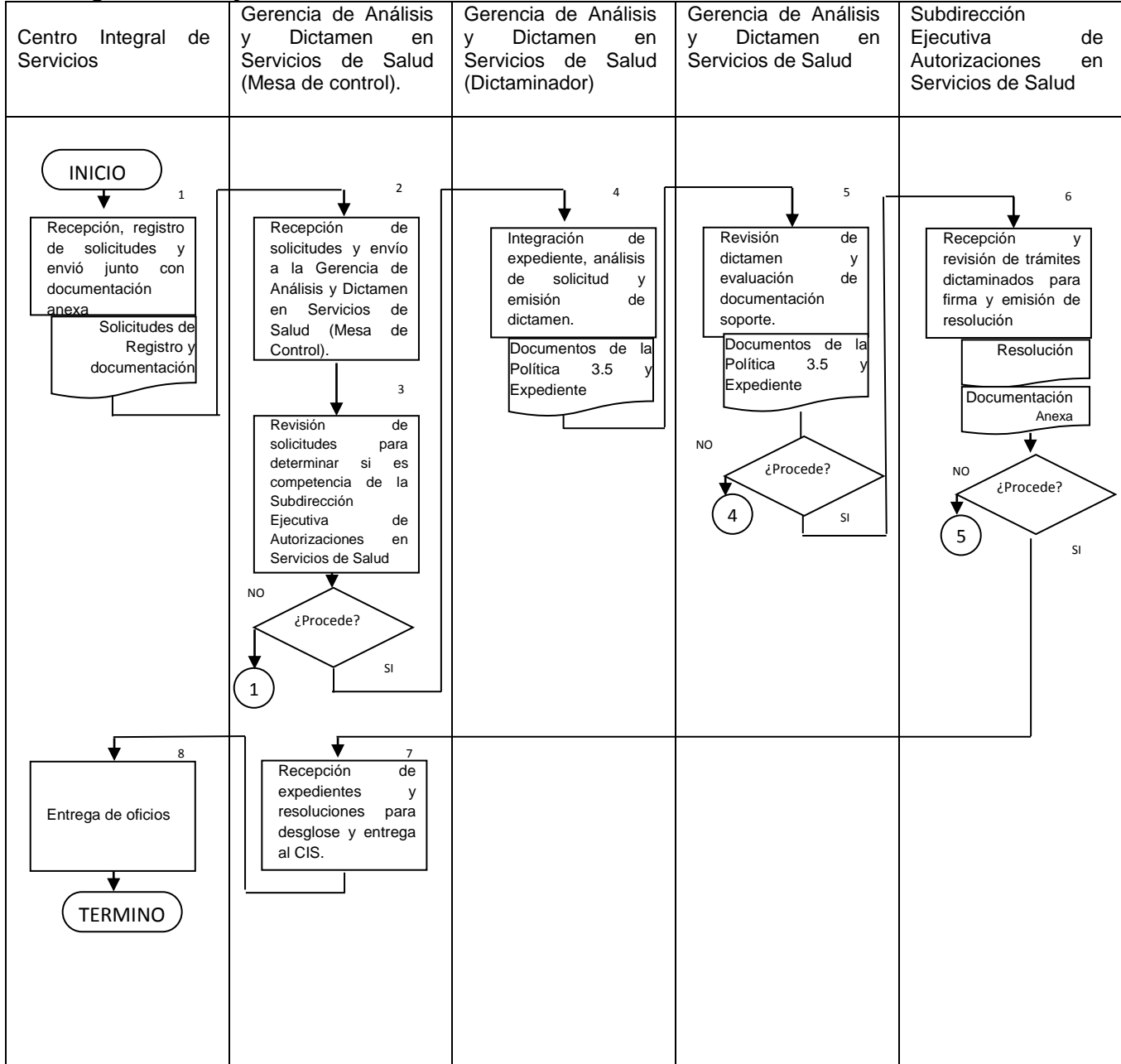
	documentos aplicables correspondientes a la Política 3.5. <ul style="list-style-type: none"> Documentos de la Política 3.5 y Expediente 	
5.0 Revisión de dictamen y evaluación de documentación soporte.	<p>5.1 Recibe expediente con: solicitud de autorización sanitaria; documentos anexos correspondientes a la política 3.5.</p> <p>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.</p> <p>Procede: No: Regresa a la actividad 4 Si: Continúa procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.	<p>6.1 Recibe solicitudes evaluadas de autorizaciones sanitarias de parte de la Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud correspondientes a Establecimientos con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células con documentos anexos correspondientes a la Política 3.5.</p> <p>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.</p> <p>Procede: No: Regresa a la actividad 5 Si: Continúa procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolución Documentación Anexa 	Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud
7.0 Recepción de expedientes y resoluciones para desglose y entrega	7.1 Recibe resolución de solicitud de autorización sanitaria con documentación anexa correspondiente a la política 3.5.	Gerencia de Análisis y Dictamen en Servicios de Salud (Mesa de Control)



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		Hoja: 7 de 10

al CIS.	<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>	
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-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		Hoja: 8 de 10

5.0 Diagrama de flujo



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: CAS-SEASS-P-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		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 Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos (D.O.F. 23-04-2009)	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-03-F-01/0
Formato de Dictamen	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-03-F-02/0
Oficio de Prevención	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-03-F-03/0
Oficio de Negativa	5 años	SEASS/GADSS	CAS SEASS-P-03-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-03
	COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA		Rev. 0
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, CONTROL Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA AUTORIZACIÓN DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS		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 claves 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. Licencia Sanitaria (CAS SEASS-P-03-F-01/0)
- 10.2. Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-03-F-02/0)
- 10.3. Oficio de Prevención (CAS SEASS-P-03-F-03/0)
- 10.4. Oficio de Negativa (CAS SEASS-P-03-F-04/0)
- 10.5. Solicitud de Registro (N/A)

10.1. Licencia Sanitaria (CAS SEASS-P-03-F-01/0)

<p>ESTADOS UNIDOS MEXICANOS SECRETARIA DE SALUD COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA</p> <p>XXXXXXXXXX</p>	
<p>NOMBRE DEL PROPIETARIO O RAZÓN SOCIAL: DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CALLE: COLONIA Y/O LOCALIDAD: DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO: CÓDIGO POSTAL: ENTIDAD FEDERATIVA:</p>	
<p>LICENCIA SANITARIA No. XX TR XX XXX XXX</p>	
<p>621991</p>	<p>AUTORIZADO PARA: DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTE MODALIDAD: _____</p>
<p>FECHA DE EXPEDICIÓN XX/XX/2012</p> <p>VIGENCIA INDETERMINADA DE CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 370 DE LA LEY GENERAL DE SALUD</p>	<p>LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN LAS QUE FUE EXPEDIDA</p> <p>DR. ÁLVARO HERRERA HUERTA SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD</p> <p><small>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 1 incisos a y m del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</small></p>
<p>ARTÍCULO 4, FRACCIÓN II INCISO C Y 14 FRACCIÓN 1 DEL REGLAMENTO DE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS ESTA LICENCIA DEBERÁ ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO</p>	

10.2. Formato de Dictamen (CAS SEASS-P-03-F-02/0)

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS		2011																												
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS																														
 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA SUBDIRECCIÓN EJECUTIVA DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD GERENCIA DE ANALISIS Y DICTAMEN EN SERVICIOS DE SALUD </div>																														
GIRO	DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES TERAPÉUTICOS EN SU MODALIDAD: EXTRACCIÓN (PROCURACIÓN) DE ÓRGANOS Y TEJIDOSO.																													
PROPIETARIO																														
ESTABLECIMIENTO																														
DOMICILIO																														
CLAVE SCIAN	621991																													
SECTOR <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">PUBLICO</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">SOCIAL</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">PRIVADO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table>			PUBLICO	SOCIAL	PRIVADO			X																						
PUBLICO	SOCIAL	PRIVADO																												
		X																												
TELÉFONO Y /O CORREO ELECTRÓNICO @ NOMBRE DEL PROPIETARIO, RESP. SANITARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;">SOLICITUD DE LICENCIA PARA:</th> <th style="width: 20%;">NÚMERO DE ENTRADA</th> <th style="width: 20%;">FECHA DE INGRESO</th> <th style="width: 20%;">EXPEDIENTE</th> </tr> <tr> <td>DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXTRACCIÓN (X)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRASPLANTE (X)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PREVENCIÓN:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MODIFICACIÓN DE:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			SOLICITUD DE LICENCIA PARA:	NÚMERO DE ENTRADA	FECHA DE INGRESO	EXPEDIENTE	DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS				EXTRACCIÓN (X)				TRASPLANTE (X)				BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS				PREVENCIÓN:				MODIFICACIÓN DE:			
SOLICITUD DE LICENCIA PARA:	NÚMERO DE ENTRADA	FECHA DE INGRESO	EXPEDIENTE																											
DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS																														
EXTRACCIÓN (X)																														
TRASPLANTE (X)																														
BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS																														
PREVENCIÓN:																														
MODIFICACIÓN DE:																														
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL PROPIETARIO	RAZÓN SOCIAL DEL PROPIETARIO	DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL)	NUEVOS TIPOS DE TRASPLANTE	R.F.C.	CLAVE Y DESCRIPCIÓN S.C.I.A.N.																									
DICTAMEN TÉCNICO																														
ESPECIFICAR ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS:																														
DISPOSICIÓN		TRASPLANTE		BANCO																										
ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES TERAPÉUTICOS MODALIDAD: EXTRACCIÓN (PROCURACIÓN) ÓRGANOS Y TEJIDOS																														
EVALUACIÓN DE REQUISITOS DOCUMENTALES																														
HOMOCLAVE DEL TRAMITE 05-034-B																														
CÓDIGO: CAS SEASS-P-03-F-02/0					1																									

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS **2011**

.- PARA DISPOSICIÓN, TRASPLANTE Y BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS:	SI	NO
1.- Solicitud de licencia sanitaria en formato oficial, debidamente llenada y firmada. En original		
2.- Fotocopia simple del acta de instalación del comité interno de trasplantes.		
3.- Manual de Procedimientos Técnico-Administrativos del establecimiento en materia de Extracción y Trasplante (uno por cada programa).		
4.- Copia Fotostática de identificación oficial del propietario y, en su caso, del Representante Legal.		
5.-Copia Fotostática de la Licencia Sanitaria donde se practiquen Actos Quirúrgicos y Obstétricos		
6.- Copia de pago de derechos (Forma SAT 5, con sello del Banco emisor)		
7.- Copia Fotostática de la Licencia Sanitaria del Banco de Sangre		

* No aplica con fundamento en el artículo 195-A de la Ley federal de Derechos.

OBSERVACIONES

Se evalúa documentalmente al establecimiento (**NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO**), ubicado en el domicilio antes mencionado ingresa Formato de Servicios de Salud en el cual solicita modificación a la licencia sanitaria para disposición de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos, en su modalidad: Extracción (procuración) de órganos y tejidos trasplante de riñón.
Con documentos entregados en el Centro Integral de Servicios con No. de Entrada XXXXXXX de fecha (AGREGAR FECHA) y toda vez que cumplió la totalidad de los requisitos aplicables al trámite solicitado y con lo establecido en la legislación vigente.
Por lo anterior y con fundamento en el artículo 202 de la Ley General de Salud y Cuarto del Acuerdo por el que se eliminan diversos documentos anexos; se reducen los plazos máximos que tiene la Secretaría de Salud para resolver los trámites que se indican; y se da a conocer el formato único para la realización de los trámites que se señalan, es procedente: **emitir licencia Sanitaria**.

PROCEDE:	MARQUE "X"
1.- Otorgar licencia sanitaria.	X
2.- Girar Oficio de prevención.	
3.- Solicitar visita de verificación.	
4.- Otro. (DESECHO)	

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-03-F-03/0)

 Vivir Mejor	 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 esta Comisión, con número de entrada _____, turnada a esta Subdirección el ____ de _____ del ____ para la obtención de la licencia sanitaria para el establecimiento de atención médica, modalidad B, (con disposición y/o banco de órganos, tejidos y células), 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 4º, 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 XXVI del 3º, 45, fracción I (ESTA FRACCIÓN APLICA A EXTRACCIÓN DE ORGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS), fracción II (ESTA FRACCIÓN APLICA A TRASPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS), fracción III (ESTA FRACCIÓN APLICA A BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS), del 315, 370 y 371 de la Ley General de Salud; 1, fracción I apartado a y VII del 3, fracción I del 14 del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios; 1º, 3º, fracción I (ESTA FRACCIÓN APLICA A TRASPLANTES), fracción II (ESTA FRACCIÓN APLICA A BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS, SANGRE), del 90 y 121 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; 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 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) 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. _____

CÓDIGO: CAS SEASS-P-03-F-03/0

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

10.4. Oficio de Negativa (CAS SEASS-P-03-F-04/0)

 Vivir Mejor	 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 ____ relacionada con la solicitud de licencia sanitaria para el establecimiento de atención médica, modalidad: B. con disposición y/o banco de órganos, tejidos y células, **(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 XXVI, 17 bis fracción IV, 45, 315 fracciones I, II y III, 316, 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°, 30, 89, 90 fracciones I y II, 91, 92 y 93 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; 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 de disposición de órganos, tejidos y células de seres humanos, 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.

PRL/Iniciales dictaminador.

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

CÓDIGO: CAS SEASS-P-03-F-04/0

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 FORMULARIO 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"/>
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>		PERMISO <input type="checkbox"/>
		AUTORIZACIÓN DE LIBROS <input type="checkbox"/>
HOMOCLAVE DEL TRÁMITE:		NOMBRE DEL TRÁMITE:
MODALIDAD DEL TRÁMITE:		
2 DATOS DEL PROPIETARIO:		
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORA)		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 <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	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 (SIGAN)	DESCRIPCIÓN DEL SIGAN	
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 CELULAS <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 SANGÜNEA	
		D	L	M	M	J	V	S	DE	A	MÉDICO CIRUJANO (CONSTANCIA DE IDONEIDAD) <input type="checkbox"/>	
										HEMATÓLOGO <input type="checkbox"/>		
										PATÓLOGO CLÍNICO <input type="checkbox"/>		
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 SANGÜNEA		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 :		
<input type="text"/>	QUIRÓFANOS	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CAMAS CENSABLES	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CONSULTA EXTERNA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	LABORATORIO CLÍNICO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ULTRASONIDO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	RAYOS X	<input type="text"/>
<input type="text"/>	MASTOGRAFÍA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	HEMODIÁLISIS	<input type="text"/>
<input type="text"/>	MÁQUINAS Y SILLONES PARA HEMODIÁLISIS	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ELECTROCARDIOGRAFÍA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ELECTROENCEFALOGRAFÍA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CAMAS NO CENSABLES	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	HOSPITALIZACIÓN	<input type="text"/>
<input type="text"/>	SALA DE EXPULSIÓN	<input type="text"/>
<input type="text"/>	TERAPIA INTENSIVA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	TERAPIA INTERMEDIA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	TERAPIA NEONATAL	<input type="text"/>
<input type="text"/>	LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD	<input type="text"/>
<input type="text"/>	BANCO DE ÓRG. Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CÉLULAS	<input type="text"/>
<input type="text"/>	BANCO DE SANGRE Y/O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEVE)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	COCINA COMEDOR	<input type="text"/>
<input type="text"/>	LAVANDERÍA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CUARTO DE MÁQUINAS	<input type="text"/>
<input type="text"/>	PLANTA DE EMERGENCIA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	AMBULANCIA (S)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	URGENCIAS	<input type="text"/>

7B	PARA DISPOSICIÓN DE ORGANOS Y/O BANCOS DE TEJIDOS Y CÉLULAS:					
MARQUE CON UNA "X" LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:						
TIPO	CÓRNEAS	HUESO	RIVÓN	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"/>
TIPO	CÓRNEAS	HUESO	CÉLULAS GERMINALES	PIEL	ADMIOS	CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS
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):						

8	PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA:	
SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES :		
<input type="text"/>	SALA DE ESPERA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	EXÁMENES MÉDICOS	<input type="text"/>
<input type="text"/>	LABORATORIO CLÍNICO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CONTROL ADMINISTRATIVO Y SUMINISTRO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	OBTENCIÓN DE LA SANGRE	<input type="text"/>
<input type="text"/>	FRACCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN	<input type="text"/>
<input type="text"/>	APLICACIONES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES	<input type="text"/>
<input type="text"/>	INSTALACIONES SANITARIAS	<input type="text"/>

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					
DE				A			FECHA											
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)													
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 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 PÚBLICOS?

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 2009-2000 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 PORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.