Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Servicios de Salud

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-07
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía de llenado y los requisitos documentales.
Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	Nombre:
Modalidad:	

2. Datos del propietario

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Domicilio fiscal del propietario

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	

Localidad:
Municipio o alcaldía:
Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:
Teléfono:
Extensión:

3. Datos del establecimiento

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

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

Responsable sanitario o responsable de operación
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Horario de operaciones del establecimiento											
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM	
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM	
Fecha de inicio de operaciones:								DD / MM / AAAA			

En caso de solicitud de licencia sanitaria de radioterapia, especifique:	
○ Braquiterapia	○ Teleterapia

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Domicilio del establecimiento

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	

Localidad:
Municipio o alcaldía:
Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:
Teléfono:
Extensión:

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

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

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

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

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

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

4. Datos del responsable de establecimiento de salud que opera con licencia sanitaria

Seleccione el área a la cual pertenece su establecimiento.

- ○ Actos quirúrgicos y/u obstétricos
- ○ Disposición o banco de órganos, tejidos o células
- ○ Servicios de sangre (especifique): _____

En caso de seleccionar servicios de sangre, marque el tipo de especilidad con la que cuenta el responsable sanitario.

- ○ Médico cirujano (constancia de idoneidad)
- ○ Hematólogo
- ○ Patólogo clínico
- ○ Otro (especifique): _____

En caso de alta o baja escriba los datos del responsable sanitario en la primera columna.
En caso de modificación del responsable sanitario, indique en la primera columna solo el nombre completo y el RFC del responsable anterior; y en la segunda columna los datos del nuevo responsable.

Primera columna	Segunda columna
○ Alta ○ Baja ○ A modificar	○ Ya modificado
RFC:(a):	RFC:
CURP(opcional)::	CURP(opcional)::
Nombre(s) :(a):	Nombre(s):
Primer apellido:(a):	Primer apellido:
Segundo apellido:(a):	Segundo apellido:
Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:
Extensión :	Extensión :
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Con título profesional de:	Con título profesional de:
Título profesional expedido por:	Título profesional expedido por:
Número de cédula profesional:	Número de cédula profesional:
Con especialidad de:	Con especialidad de:
Título de especialidad expedido por:	Título de especialidad expedido por:
Número de cédula profesional:	Número de cédula profesional:
Horario de operaciones	**Horario de operaciones**
D L M M J V S de HH : MM a HH : MM	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM
D L M M J V S de HH : MM a HH : MM	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM
Firma del responsable sanitario	**Firma del responsable sanitario**
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja.	Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación.

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

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

5. Datos del responsable del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos, de diagnóstico o tratamiento

Seleccione el tipo de establecimiento:

○ Rayos X	○ Medicina nuclear	○ Radioterapia

En caso de seleccionar radioterapia marque el tipo de terapia que realiza en el establecimiento.

○ Braquiterapia	○ Teleterapia

Seleccione el tipo de notificación a realizar.

○ Alta	○ Modificación	○ Baja

Datos del responsable sanitario

RFC:	Con título profesional de:
CURP (opcional):	Título profesional expedido por:
Nombre(s):	Número de cédula profesional:
Primer apellido:	Con especialidad de:
Segundo apellido:	Título de especialidad expedido por:
Lada:	Número de cédula de la especialidad:
Teléfono:	**Firma del responsable sanitario**
Extensión:	
Correo electrónico:	

Horario de operaciones

D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM

6. Datos del asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico)

Seleccione el tipo de notificación a realizar.

○ Alta	○ Modificación

RFC:	Con título profesional de:
CURP (opcional):	Título profesional expedido por:
Nombre(s):	Número de cédula profesional:
Primer apellido:	Con especialidad de:
Segundo apellido:	Título de especialidad expedido por:
Lada:	Número de cédula de la especialidad:
Teléfono:	Correo electrónico:
Extensión:	

Domicilio particular del asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico)

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	

Localidad:
Municipio o alcaldía:
Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:
Teléfono:
Extensión:

7. Establecimiento de atención médica donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos, disposición de órganos y/o banco de órganos, tejidos y células

Señale los servicios con los que cuenta y anote con número arábigo la cantidad

☐ Quirófanos _____	☐ Sala de expulsión _____	☐ Hemodiálisis _____
☐ Camas censables _____	☐ Terapia intensiva _____	☐ Electrocardiografía _____
☐ Consulta externa _____	☐ Terapia intermedia _____	☐ Cocina comedor _____
☐ Laboratorio clínico _____	☐ Terapia neonatal _____	☐ Lavandería _____
☐ Ultrasonido _____	☐ Electroencefalografía _____	☐ Cuarto de máquinas _____
☐ Rayos X _____	☐ Camas no censables _____	☐ Ambulancia(s) _____
☐ Mastografía _____	☐ Urgencias _____	☐ Resonancia magnética _____
☐ Citología exfoliativa _____	☐ Hospitalización _____	☐ Tomografía axial computarizada _____
☐ Banco de sangre y/o servicio de transfusión _____	☐ Central de equipos y esterilización (CEYE) _____	☐ Planta de energía eléctrica de emergencia _____
☐ Banco de órganos y tejidos, sus componentes y células _____	☐ Laboratorios de histocompatibilidad _____	☐ Máquinas y sillones para hemodiálisis _____

8. Establecimiento de disposición de órganos y/o banco de órganos, tejidos y células

Seleccione la(s) actividad(es) que realiza el establecimiento e indique el (o los) tipo(s) de órgano(s), tejido(s) y célula(s) que maneja.

☐ Procuración ☐ Disposición ☐ Trasplante ☐ Banco

Órganos	Tejidos	Células
		○ Progenitoras o troncales
		○ Células germinales

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

9. Establecimiento de banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea

Señale las áreas con las que cuenta el establecimiento.

☐ Sala de espera	☐ Obtención de la sangre
☐ Exámenes médicos	☐ Fraccionamiento y conservación
☐ Laboratorio clínico	☐ Aplicaciones de sangre y sus componentes
☐ Control administrativo y suministro	☐ Instalaciones sanitarias

10. Modificación de datos del establecimiento

En la columna “Dice” colocar los datos completos actuales.
En la columna “Debe decir” colocar los datos completos ya modificados.

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

Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia. Artículo 373 de la Ley General de Salud

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

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

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

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

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

○ Suspensión de actividades	○ Reinicio de actividades	○ Baja definitiva del establecimiento
De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA	Fecha DD / MM / AAAA	

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

11. Modificación de licencias o permisos de responsable de operación o asesor especializado

Número de documento a modificar:

En la columna “Dice/condición autorizada” colocar los datos completos actuales.
En la columna “Debe decir/ condición solicitada ” colocar los datos completos ya modificados.

Dice / condición autorizada	Debe decir / condición solicitada

Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia. Artículo 373 de la Ley General de Salud.

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario.

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

_____
Nombre completo y firma autógrafa del propietario
o representante legal

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al **01-800-033-5050** y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al **01-800-420-4224**.

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx