

### 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.

Se identifican en color azul los nuevos rubros requeridos para dar cumplimiento a la debida sustanciación de los trámites, derivado de la simplificación de requisitos.

#### 1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	Nombre:
Modalidad:	

En caso de realizar modificaciones a la licencia sanitaria de establecimientos de servicios de salud, seleccione el giro del establecimiento:

<input type="checkbox"/>	Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos
<input type="checkbox"/>	Establecimiento en que se presten servicios de hemodiálisis
<input type="checkbox"/>	Establecimiento de extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio de trasplantes de órganos, tejidos y células.
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio de banco de órganos, tejidos no hemáticos y células.
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio de banco de sangre
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio de centro de procesamiento de sangre
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio de centro de colecta de sangre
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicios de centro de distribución de sangre y componentes sanguíneos
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio de transfusión hospitalario
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio de calificación biológica de sangre
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio centro de colecta de células troncales
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio centro de banco de células troncales
<input type="checkbox"/>	Establecimiento con servicio de medicina regenerativa.

En caso de realizar modificaciones a la licencia sanitaria de establecimientos que utilizan fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico, seleccione el giro del establecimiento:

<input type="checkbox"/>	Rayos X
--------------------------	---------

**gob.mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

<input type="checkbox"/>	Medicina Nuclear
<input type="checkbox"/>	Radioterapia

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:

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:

**gob.mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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

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

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

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

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

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

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
<input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar
RFC:(a):
CURP(opcional)::

Segunda columna
<input type="radio"/> Ya modificado
RFC:
CURP(opcional)::

**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 especialidad con la que cuenta el responsable sanitario.

- Médico cirujano (constancia de idoneidad)
  Hematólogo
  Patólogo clínico
  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Nombre(s) <sup>(a)</sup> :										
Primer apellido <sup>(a)</sup> :										
Segundo apellido <sup>(a)</sup> :										
Lada:										
Teléfono:										
Extensión :										
Correo electrónico:										
Con título profesional de:										
Título profesional expedido por:										
Número de cédula profesional:										
Con especialidad de:										
Título de especialidad expedido por:										
Número de cédula profesional:										
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
Firma del responsable sanitario										
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja.										

Nombre(s):										
Primer apellido:										
Segundo apellido:										
Lada:										
Teléfono:										
Extensión :										
Correo electrónico:										
Con título profesional de:										
Título profesional expedido por:										
Número de cédula profesional:										
Con especialidad de:										
Título de especialidad expedido por:										
Número de cédula profesional:										
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
Firma del responsable sanitario										
Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación.										

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

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

Seleccione el tipo de establecimiento:

- Rayos X
  Medicina nuclear
  Radioterapia

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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)

**gob.mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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

gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Células germinales

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

Señale las áreas con las que cuenta el establecimiento.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sala de espera                      | <input type="checkbox"/> Obtención de la sangre                   |
| <input type="checkbox"/> Exámenes médicos                    | <input type="checkbox"/> Fraccionamiento y conservación           |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio clínico                 | <input type="checkbox"/> Aplicaciones de sangre y sus componentes |
| <input type="checkbox"/> Control administrativo y suministro | <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Teléfono del establecimiento	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:      Número interior:	Número exterior:      Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):	
Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):	

**gob.mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:

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

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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 notificados o requiera notificar.

<input type="radio"/> Suspensión de actividades		<input type="radio"/> Reinicio de actividades		<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento	
De	<input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>	A	<input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>	Fecha	<input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>

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

Número de documento a modificar:

En caso de realizar modificaciones a la licencia sanitaria de establecimientos de insumos para la salud o de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas, seleccione la modalidad establecida en el ACUERDO por el que se establecen acciones de simplificación para trámites que se realizan ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, publicado el 11 de julio de 2025:

**gob.mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

A. De tipo administrativo con resolución inmediata.

B. De tipo técnica con dictaminación.

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.

Bajo protesta de decir verdad, el(la) suscrito(a) manifiesta que los datos asentados y la información que se acompaña el presente formulario son ciertos y comprobables. El presente trámite se encuentra en proceso de revisión documental por parte del área correspondiente y queda sujeto de las acciones de control o vigilancia sanitaria aplicables, en términos de los dispuesto en los artículos Artículo 17 bis, fracción VI, de la Ley General de Salud, 1, 2, fracciones II y XI, del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?

 Sí No

***"De conformidad con el artículo 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"***

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma autógrafa del propietario  
o representante legal

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, se encuentra a su disposición el número **800-033-5050** del Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, y en caso de requerir dar seguimiento al trámite enviado al área de Tramitación Foránea, solicite información al correo [tramitacion\\_foranea@cofepris.gob.mx](mailto:tramitacion_foranea@cofepris.gob.mx).

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  
Demarcación Territorial Benito Juárez,  
Ciudad de México,  
C.P. 03810.