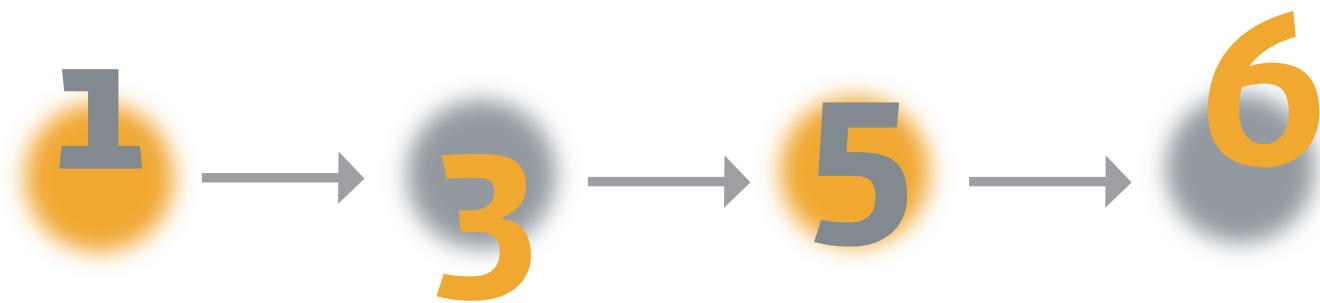


# Servicios de Salud



GOBIERNO  
FEDERAL

SALUD



EL PRESENTE INSTRUCTIVO LE AYUDARÁ AL LLENADO DEL FORMATO Y LA GUÍA RÁPIDA LE INDICARÁ LOS CAMPOS A LLENAR Y LOS REQUISITOS QUE DEBERÁ ANEXAR PARA EL INGRESO DE SU TRÁMITE.



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO SERVICIOS DE SALUD

**R.U.P.A.:** Registro Único de Personas Acreditadas (RUPA), es la interconexión y sistematización informática de los Registros de Personas Acreditadas, que son una inscripción que permite a los particulares (personas físicas y morales) la realización de trámites ante dependencias y organismos descentralizados, a través de un número de identificación único basado en el Registro Federal de Contribuyentes. El RUPA, tiene por objetivo integrar la información gubernamental sobre la constitución y funcionamiento de las empresas. Se entrega una sola vez los documentos correspondientes y se recibe un solo número de registro que sirve para distintos trámites en todas las dependencias del Gobierno Federal. El cual podrá solicitar en la página <http://www.rupa.gob.mx> en donde encontrara toda la información necesaria para realizar este trámite.

1A

### AVISO DE:

Cruce con una "X" la figura correspondiente al tipo de aviso que va realizar (solo un aviso por formato) y escriba la Homoclave, el nombre y la modalidad del trámite de acuerdo al siguiente listado.

#### Responsable Sanitario de Establecimiento de Atención Médica que Operan con Licencia Sanitaria

Alta	COFEPRIS-05-037-A	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- A. Para Establecimiento de Atención Médica donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos
	COFEPRIS-05-037-B	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- B. Para Establecimiento con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células
	COFEPRIS-05-037-C	Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- C. Para Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea
Modificación o Baja	COFEPRIS-05-057-A	Aviso de Modificación o Baja del Responsable Sanitario de Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- A. Establecimiento donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos
	COFEPRIS-05-057-B	Aviso de Modificación o Baja del Responsable Sanitario de Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- B. Establecimiento con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células
	COFEPRIS-05-057-C	Aviso de Modificación o Baja del Responsable Sanitario de Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- C. Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea
Baja	COFEPRIS-05-076-A	Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad A.- Rayos X
	COFEPRIS-05-076-B	Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad B.- Medicina Nuclear
	COFEPRIS-05-076-C	Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad C.- Radioterapia

#### Actualización de Datos de Establecimiento que Opera con Licencia

La Licencia es una autorización que se otorga si se cumplen las condiciones sanitarias de un establecimiento. Cualquier modificación a las instalaciones o cambio de domicilio implica solicitud de nueva licencia, sin embargo existen datos que pueden ser actualizados a través de un aviso como los siguientes:

COFEPRIS-05-059-A	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Atención Médica que Opera con Licencia Sanitaria Modalidad A.- Establecimiento de Atención Médica donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u obstétricos
COFEPRIS-05-059-B	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Atención Médica que Opera con Licencia Sanitaria Modalidad B.- Establecimiento con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células

COFEPRIS-05-059-C	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Atención Médica que Opera con Licencia Sanitaria Modalidad C.- Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea
COFEPRIS-05-060-A	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad A.- Rayos X
COFEPRIS-05-060-B	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad B.- Medicina Nuclear
COFEPRIS-05-060-C	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad C.- Radioterapia

1B

**SOLICITUDES DE:**

Cruce con una "X" la figura correspondiente al tipo de solicitud que va realizar y escriba la Homoclave, el nombre y la modalidad del trámite de acuerdo al siguiente listado.

Licencia:

<b>Alta</b>	COFEPRIS-05-024-A	Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad A.- Rayos X	
	COFEPRIS-05-024-B	Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad B.- Medicina Nuclear	
	COFEPRIS-05-024-C	Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad C.- Radioterapia.	
	COFEPRIS-05-034-A	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- A. Establecimiento de Atención Médica donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos	
	COFEPRIS-05-034-B	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- B. Establecimiento con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células	
	COFEPRIS-05-034-C	Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- C. Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea	
	<b>Modificación</b>	COFEPRIS-05-025-A	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad A.- Rayos X
		COFEPRIS-05-025-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad B.- Medicina Nuclear
		COFEPRIS-05-025-C	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad C.- Radioterapia
COFEPRIS-05-035-A		Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria del Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- A. Establecimiento de Atención Médica donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos	
COFEPRIS-05-035-B		Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria del Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- B. Establecimiento con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células	

	COFEPRIS-05-035-C	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria del Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- C. Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea	
Permiso	Alta	COFEPRIS-01-027	Permiso del Libro de Registro que Lleva el Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea
		COFEPRIS-05-026-A	Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad A.- Rayos X
		COFEPRIS-05-026-B	Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad B.- Medicina Nuclear
		COFEPRIS-05-026-C	Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad C- Radioterapia
		COFEPRIS-05-028	Solicitud de Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X
Modificación		COFEPRIS-05-027-A	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad A.-Rayos X
		COFEPRIS-05-027-B	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad B.-Medicina Nuclear
		COFEPRIS-05-027-C	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad C.- Radioterapia
		COFEPRIS-05-029	Solicitud de Modificación al Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X

2

**DATOS DEL PROPIETARIO:**

Nombre del Propietario (persona física) o razón social (persona moral) R.F.C.	Nombre completo sin abreviaturas (persona física o moral) bajo el cual se encuentra registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP)
C.U.R.P.	Clave Única de Registro de Población, en caso de persona física (dato opcional)
Calle, número exterior y número o letra interior	Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el propietario y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo (Domicilio Fiscal)
Colonia	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el domicilio del propietario
Delegación o municipio	Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio donde se ubica el domicilio del propietario
Localidad	Localidad en donde se encuentra el domicilio del propietario
Código postal	Número completo del código postal que corresponde al domicilio del propietario
Entidad federativa	Nombre completo sin abreviaturas de la entidad federativa correspondiente
Entre calle y calle	Nombre de las calles entre las que se encuentra el propietario
Teléfono	Número (s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo 01 (55) + teléfono local
Fax	Número de fax incluyendo clave lada

Indique en el recuadro correspondiente si pertenece el establecimiento al sector público, social o privado.

- » **PÚBLICOS:** Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud e instituciones públicas de seguridad social a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar el servicio, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.
- » **SOCIAL:** Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.
- » **PRIVADO:** Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles

Razón social o denominación del Establecimiento R.F.C.	Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento ( <i>Ejemplo Farmacia Lupita, Empacadora López, Distribuidora Mexicana S.A. de C.V.</i> ) El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual esta registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP). El cual debe de corresponder al mismo R.F.C. del propietario
Calle, número exterior y número o letra interior Colonia Delegación o municipio	Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el establecimiento. Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento
Localidad Código postal Entidad federativa Entre calle y calle Teléfono Fax	Localidad en donde se encuentra el establecimiento Número completo del código postal que corresponda Entidad federativa en donde se encuentra el establecimiento Nombre de las calles entre las que se encuentra el establecimiento Número (s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo 01 (55) + teléfono local Número de fax incluyendo clave lada
No. de Licencia Sanitaria o Aviso de Funcionamiento R.F.C. del Responsable Sanitario o de Operación Clave S.C.I.A.N.	No. de Licencia Sanitaria actual o indicar si presentó aviso de funcionamiento R.F.C. Completo del Responsable Sanitario o de Operación Número completo del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, puede indicar más de una
Descripción del S.C.I.A.N.	Descripción de la actividad (es) que realiza el establecimiento correspondiente a la clave seleccionada
Nombre completo, C.U.R.P. y correo electrónico del(os) representante(s) legal(es) y personas autorizadas	Nombre completo sin abreviaturas del(os) representante(s) legal(es) y persona(as) autorizada(s), Clave Única de Registro de Población (dato opcional) y su correo electrónico (e-mail). En caso de personas físicas puede ser el propietario. <b>Representante Legal:</b> La representación de las personas físicas o morales ante la Administración Pública Federal para formular solicitudes, participar en el procedimiento administrativo, interponer recursos, desistirse y renunciar a derechos, deberá acreditarse mediante instrumento público, y en el caso de personas físicas, también mediante carta poder firmada ante dos testigos y ratificadas las firmas del otorgante y testigos ante las propias autoridades o fedatario público, o declaración en comparecencia personal del interesado. <b>Persona Autorizada:</b> Sin perjuicio de lo anterior, el interesado o su representante legal mediante escrito firmado podrán autorizar a la persona o personas que estime pertinente para oír o recibir notificaciones, realizar trámites, gestiones y comparecencias que fueren necesarias para la tramitación de tal procedimiento, incluyendo la interposición de recursos administrativos. (Esto conforme al Artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

Marque con una "X" el tipo de establecimiento para el cual indica el responsable:

Seleccione el tipo de responsable:

- » Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos
- » Disposición y Banco de Órganos, Tejidos y Células
- » Banco de Sangre y Servicio de Transfusión

**Indique si se trata de alta, modificación o baja según corresponda:**

Alta:	Cuando se presente la solicitud de Licencia, en forma simultánea deberá presentar Aviso de Responsable. Será responsable de que la operación y funcionamiento del establecimiento se apegue a la Regulación Sanitaria vigente así como de la presentación del servicio de atención médica sea de calidad y sin riesgo para los pacientes y usuarios. (Artículo 19 de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)
Modificación:	La modificación la presenta cuando deje de laborar en la empresa el Responsable Sanitario y este es sustituido por uno nuevo, por lo que se requiere llenar el nombre y R.F.C. y todos los datos del Responsable Sanitario nuevo y al final del recuadro correspondiente el nombre y R.F.C. del Responsable Sanitario anterior
Baja:	Cuando presente la baja definitiva del establecimiento, deberá presentar simultáneamente la baja del Responsable Sanitario
Nombre completo:	Nombre completo sin abreviaturas del responsable sanitario
R.F.C.:	Registro Federal de Contribuyentes del responsable sanitario bajo el cual esta registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP)
C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población, en caso de persona física (dato opcional)
Correo electrónico:	Indique un correo electrónico del responsable sanitario
Horario:	Horario en el cual se encontrará el Responsable Sanitario en el establecimiento.
Solo para Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea:	Indique con una "X" la especialidad según corresponda: » Médico Cirujano (con constancia de Idoneidad) » Hematólogo » Patólogo Clínico
Título profesional de:	Título Profesional tal y como aparece en el documento oficial
Título profesional expedido por:	Institución que expidió el Título ( <i>Ejemplo: UNAM, IPN, UAM, etc.</i> )
No. de cédula profesional:	Número de la Cédula Profesional tal y como aparece en el documento oficial
Especialidad de:	Título de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial
Título de especialidad expedido por:	Institución que expidió el Título de la especialidad ( <i>Ejemplo: UNAM, IPN, UAM, etc.</i> )
No. de cédula de la especialidad:	Número de la cédula de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial
Firma del Responsable Sanitario:	Firma autógrafa del Responsable Sanitario
Pegar fotografía:	En caso de Establecimiento con Banco de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea, pegar fotografía del Responsable Sanitario en el formato original y en el acuse
Nombre completo del Responsable Sanitario anterior:	Indicar nombre completo y apellidos del Responsable Sanitario anterior, solo en caso de modificación
R.F.C.:	Registro Federal de Contribuyentes completo del Responsable Sanitario anterior

5

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO QUE UTILIZA FUENTES DE RADIACIÓN PARA FINES MÉDICOS, DE DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO:**

Seleccione el tipo de responsable:	» Rayos X » Medicina Nuclear » Radioterapia
Alta:	Es el responsable de que la operación y funcionamiento del establecimiento se apegue a la Regulación Sanitaria vigente. Deberán ser profesionales con título registrado por las autoridades educativas competentes.
Modificación:	Se presenta cuando el responsable sanitario desea modificar sólo el horario que permanecerá en el establecimiento (Artículo 229 de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)
Baja:	Cuando presente la baja definitiva del establecimiento, deberá presentar simultáneamente la baja del Responsable.
Nombre completo:	Nombre completo del Responsable de Operación y Funcionamiento
R.F.C.:	Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual esta registrado el Responsable de Operación ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).
C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población, en caso de persona física (dato opcional) del Responsable de Operación y Funcionamiento.
Horario:	Horario en el cual se encontrará el Responsable de Operación y Funcionamiento
Título Profesional:	Título Profesional tal y como aparece en el documento oficial
Especialidad de:	Título de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial

Título expedido por:	Institución que expidió el Título (UNAM, IPN, UAM, etc.)
Título de la especialidad expedido por:	Institución que expidió el Título de la especialidad. (UNAM, IPN, UAM, etc.)
No. de Cédula Profesional:	Número de la Cédula Profesional tal y como aparece en el documento oficial

6

**DATOS DEL ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA (RESPONSABLE TÉCNICO):**

Alta:	El Asesor Especializado en Seguridad Radiológica es la persona física o moral cuya función es la de proporcionar apoyo técnico al titular del establecimiento y al responsable de la operación y funcionamiento en el cumplimiento de sus responsabilidades en materia de seguridad y protección radiológica y garantía de calidad, deberá presentar su solicitud de permiso antes del inicio de operaciones
Modificación:	Cuando se amplían actividades o se cambie de asesor técnico o personal de soporte de deberá solicitar la modificación correspondiente
Baja:	Cuando cesen las actividades de la persona física o moral como asesor especializado deberá presentar su aviso de baja
Nombre Completo:	Nombre completo sin abreviaturas del Responsable Técnico del Asesor Especializado en Seguridad Radiológica
R.F.C.:	Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual esta registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).
C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población, en caso de persona física (dato opcional).
Calle, número exterior y número o letra interior:	Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el propietario y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.
Colonia:	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el domicilio del propietario.
Delegación o municipio:	Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio donde se ubica el domicilio del propietario.
Localidad:	Localidad en donde se encuentra el domicilio del propietario.
Código postal:	Número completo del código postal que corresponde al domicilio del propietario.
Entidad federativa:	Nombre completo sin abreviaturas de la entidad federativa correspondiente.
Horario:	Horario en el cual se encontrará el Responsable Sanitario en el establecimiento.
Título Profesional:	Título Profesional tal y como aparece en el documento oficial
Especialidad :	Título de la especialidad tal y como aparece en el documento oficial
Título expedido por:	Institución que expidió el Título (UNAM, IPN, UAM, etc.)
Título de la especialidad expedido por:	Institución que expidió el Título de la especialidad. (UNAM, IPN, UAM, etc.)
No. de Cédula Profesional:	Número de la Cédula Profesional tal y como aparece en el documento oficial

7A

**ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS, PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ORGANOS DE TEJIDOS Y CELULAS:**

Servicios con que cuenta el establecimiento	Señale con números arábigos la cantidad de servicios con los que cuenta el establecimiento: Quirófanos, camas censables, consulta externa, laboratorio clínico, ultrasonido, rayos X, mastografía, hemodiálisis, maquinas y sillones con hemodiálisis, electrocardiografía, electroencefalografía, tomografía axial computarizada, camas no censables, citología exfoliativa, hospitalización, sala de expulsión, terapia intensiva, terapia intermedia, terapia neonatal, laboratorio de histocompatibilidad, banco de órganos y tejidos, sus componentes y células, banco de sangre y/o servicio de transfusión, central de equipos y esterilización (ceye), cocina comedor, lavandería, cuarto de máquinas, planta de emergencia, ambulancia(s) y urgencias.
---	---

7B

**PARA DISPOSICIÓN DE ORGANOS Y/O BANCOS DE TEJIDOS Y CÉLULAS:**

Marque con una "X" las casillas que correspondan:

En caso de extracción, indicar el tipo de trasplantes que pretende realizar:	Marque con una "X" el recuadro correspondiente al órgano o tejido del que realizará la extracción, puede marcar más de un recuadro.
En caso de trasplantes, indicar el tipo de trasplantes que pretende	Marque con una "X" el recuadro correspondiente al órgano o tejido del que realizará el trasplante, puede marcar más de un recuadro.

realizar

En caso de banco, indicar el tipo de trasplantes que pretende realizar:

Marque con una "X" el o los recuadros correspondientes al tejido o célula según se indica en el renglón, puede marcar más de recuadro.

8

#### PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:

Servicios con que cuenta el establecimiento

Señale con una "X" los servicios con los que cuenta el establecimiento: Sala de espera, exámenes médicos, laboratorio clínico, obtención de sangre, fraccionamiento y conservación, aplicación de sangre y sus componentes, control administrativo y suministro e instalaciones sanitarias.

9A

#### ACTUALIZACIÓN DE DATOS: (solo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1A del campo de avisos)

Cruce con una "X" el cuadro correspondiente al cambio o actualización de datos a realizar:

- » Representante Legal
- » Personas Autorizadas
- » Otros (Domicilio Fiscal, teléfono, fax y correo electrónico)

Dice

Anote los datos de su Representante Legal y/o Persona Autorizada tal y como los notificó en su solicitud de licencia y que serán cambiados

Debe de Decir

Anote los datos completos de su Representante Legal y/o Persona Autorizada como deben quedar

Suspensión de Actividades

Anote el período de suspensión de actividades empezando por día, mes y año

Reinicio de Actividades

Anote la fecha en la cual se reiniciarán actividades, empezando por día, mes y año

Baja Definitiva del Establecimiento

Marque con una X en caso de realizar baja definitiva del establecimiento de actividades

9B

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

Dice/ Condición notificada o autorizada en la Licencia o Permiso

Para el caso de **solicitud** de modificación: anote los datos tal como se encuentran actualmente asentados en la autorización.

Debe de Decir/ Condición Solicitada

Para el caso de **solicitud** de modificación: anote los datos como requiere sean modificados en su nueva autorización.

Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, usted deberá indicar si está de acuerdo en hacerlos públicos.

Nombre y firma del propietario o representante legal o responsable sanitario o de operación

Estampar con firma autógrafa y nombre del propietario o representante legal del establecimiento o responsable sanitario o de operación

**Nota:** En caso presentar aviso de: alta, modificación o baja de responsable sanitario o de actualización de datos, estos trámites sólo deberán ser firmados por el propietario o representante legal debidamente acreditado ante esta Comisión Federal.



## GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL FORMATO DE SERVICIOS DE SALUD

Los trámites con carácter de Avisos y Solicitudes relacionados con autorizaciones (licencias y permisos) de Servicios de Salud deberán presentarse en el formato denominado “Servicios de Salud” debidamente requisitado conforme a la Guía de llenado rápido que aparece a continuación, y en su caso las guías técnicas y formatos auxiliares para cada tipo de trámite así como el comprobante de pago de derechos formato 5 (SAT), “Declaración General de Pago de Derechos” en dos originales y una copia. Un original se sellará de recibido y se devolverá al usuario quedando el original y copia en la institución donde realice el trámite.

**NOTA1:** No se le podrá exigir la presentación de más documentación que la señalada en los requisitos, salvo los previstos en el artículo 15 de la Ley Federal de Procedimientos Administrativos referente a la acreditación de la personalidad jurídica.

**NOTA 2:** La documentación debe presentarse por el interesado, representante legal o persona autorizada, conforme a lo previsto en el artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

### 1. AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA.

#### 1.1. POR ALTA

**HOMOCLAVE**  
COFEPRIS-05-037-A

#### NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Atención Médica  
Modalidad A.- Para Establecimiento de Atención Médica donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.



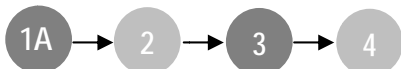
#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- ❖ Copia del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
- ❖ Copia del certificado de la especialidad (este requisito sólo aplica para consultorios de especialidad; establecimientos donde se practican actos quirúrgicos y/u obstétricos, así como, laboratorios de análisis clínicos cuando el responsable sea médico cirujano requiere de especialidad)

**HOMOCLAVE**  
COFEPRIS-05-037-B

#### NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO

Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Atención Médica  
Modalidad B.- Para Establecimiento con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células.

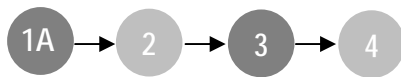


#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- ❖ Copia del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
- ❖ Copia del certificado de la especialidad correlativa a la extracción o trasplante a realizarse en el establecimiento

**HOMOCLAVE**  
COFEPRIS-05-037-C

**NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**  
Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Atención Médica  
Modalidad C.- Para Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea.



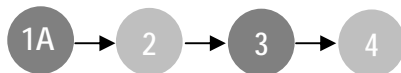
#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- ❖ Copia del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
- ❖ Copia del certificado de la especialidad de hematología o patología clínica (este requisito sólo aplica para bancos de sangre, o en el caso de médico cirujano, contar con constancia de idoneidad vigente expedida por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea o Institución de Educación Superior)
- ❖ Tres fotografías recientes tamaño infantil
  - » Una pegada al formato original
  - » Una anexa al formato original (con nombre al reverso)
  - » Una pegada al acuse

### 1.2. POR MODIFICACION O BAJA

**HOMOCLAVE**  
COFEPRIS-05-057-A

**NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**  
Aviso de Modificación o Baja del Responsable Sanitario de Establecimiento de Atención Médica  
Modalidad A.- Establecimiento donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ **Por Modificación**
  - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
  - » Copia del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
  - » Copia del certificado de la especialidad (este requisito es sólo para consultorios de especialidad y para establecimientos donde se practican actos quirúrgicos y/u actos obstétricos así como laboratorios de análisis clínicos al designarse a un médico cirujano)
- ❖ **Por Baja**
  - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario

**HOMOCLAVE**  
COFEPRIS-05-057-B

**NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**  
Aviso de Modificación o Baja del Responsable Sanitario de Establecimiento de Atención Médica  
Modalidad B.- Establecimiento con Disposición y/o Bancos de Órganos, Tejidos y Células.

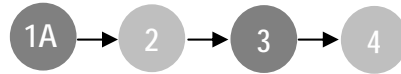


#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ **Por Modificación**
  - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
  - » Copia del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
  - » Copia del certificado de la especialidad correlativa a la extracción o trasplante a realizarse
- ❖ **Por Baja**
  - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario

HOMOCLAVE  
COFEPRIS-05-057-C

**NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**  
Aviso de Modificación o Baja del Responsable Sanitario de Establecimiento de Atención Médica Modalidad C.- Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

❖ **Por Modificación**

- » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
- » Copia del título de médico cirujano o copia de la cedula profesional
- » Copia del certificado de la especialidad de hematología o patología clínica (este requisito sólo aplica para bancos de sangre o en el caso de médico cirujano, contar con constancia de idoneidad vigente expedida por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea o Institución de Educación Superior)

❖ **Por Baja**

- » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario.

### 1.3. POR BAJA

HOMOCLAVE  
COFEPRIS-05-076-A

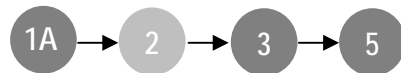
**NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**  
Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad A.- Rayos X.

COFEPRIS-05-076-B

Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad B.- Medicina Nuclear.

COFEPRIS-05-076-C

Aviso de Baja del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radicación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad C.- Radioterapia.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Devolver el permiso original del Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o Diagnóstico.

## 2. AVISO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERAN CON LICENCIA

HOMOCLAVE  
COFEPRIS-05-059-A

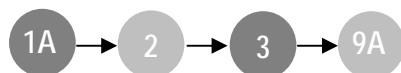
**NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**  
Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Atención Médica que Opera con Licencia Sanitaria.

COFEPRIS-05-059-B

Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Atención Médica que Opera con Licencia Sanitaria.

COFEPRIS-05-059-C

Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento de Atención Médica que Opera con Licencia Sanitaria.  
Modalidad C.- Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea

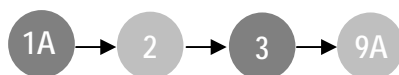


#### REQUISITOS DOCUMENTALES

La Licencia es una autorización que se otorga si se cumplen las condiciones sanitarias de un establecimiento. Cualquier modificación a las instalaciones o cambio de domicilio implica solicitud de nueva licencia, sin embargo existen datos que pueden ser actualizados a través de un aviso como los siguientes, para los cuales se requiere adjuntar la documentación que para cada caso se señala:

- ❖ **Actualización o cambio de Representante Legal**
  - » En caso de Personas Morales:
    - Original y copia para cotejo del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal
    - Copia de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Federal Electoral (IFE) o pasaporte vigente o cartilla o licencia de manejo)
  - » En caso de Personas Físicas:
    - Copia de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Federal Electoral (IFE) o pasaporte vigente o cartilla o licencia de manejo)
- ❖ **Actualización o cambio de Personas Autorizadas**
  - » Copia de identificación oficial de las personas autorizadas (Credencial del Instituto Federal Electoral (IFE) o pasaporte vigente o cartilla o licencia de manejo)
- ❖ **Actualización de Domicilio Fiscal**
  - » Documentación que avale el cambio de domicilio
- ❖ **Baja**
  - » Original de Licencia Sanitaria o en su caso Acta Ministerial original del robo o extravió de la misma
- ❖ **Suspensión de Actividades**
  - » No se requiere documentación anexa
- ❖ **Reinicio de Actividades**
  - » No se requiere documentación anexa

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-060-A	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad A.- Rayos X.
COFEPRIS-05-060-B	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad B.- Medicina Nuclear.
COFEPRIS-05-060-C	Aviso de Actualización de Datos o Baja del Establecimiento Médico que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad C.- Radioterapia.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ **Actualización o cambio de Representante Legal**
  - » En caso de Personas Morales:
    - Original y copia para cotejo del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal.
    - Copia de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Federal Electoral (IFE) o pasaporte vigente o cartilla o licencia de manejo).
  - » En caso de Personas Físicas:
    - Copia de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Federal Electoral (IFE) o pasaporte vigente o cartilla o licencia de manejo).
- ❖ **Actualización o cambio de Personas Autorizadas**
  - » Copia de identificación oficial de las personas autorizadas (Credencial del Instituto Federal Electoral (IFE) o pasaporte vigente o cartilla o licencia de manejo).
- ❖ **Actualización de Domicilio Fiscal**
  - » Documentación que avale el cambio de domicilio.

- ❖ **Baja**
  - » Original de Licencia Sanitaria o en su caso Acta Ministerial original del robo o extravió de la misma.
- ❖ **Suspensión de Actividades**
  - » No se requiere documentación anexa
- ❖ **Reinicio de Actividades**
  - » No se requiere documentación anexa

### 3. SOLICITUD DE LICENCIA

#### 3.1 POR ALTA

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-024-A	Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad A.- Rayos X.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Copia simple del acta constitutiva del establecimiento o del alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (presentando original para cotejo).
- ❖ Copia del poder notarial del Representante Legal (presentando original para cotejo).
- ❖ Memoria analítica de los blindajes y levantamiento de niveles de radiación después de la instalación del equipo, en cada sala (con croquis de distribución de áreas del establecimiento y ubicación de los equipos dentro del mismo), avalados por un Asesor especializado en seguridad radiológica.
- ❖ Cédula de la información técnica para la solicitud de licencia para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, debidamente requisitada y actualizada. Conforme a la guía técnica y formatos auxiliares para la presentación de requisitos documentales al formato de servicios de salud.
- ❖ Copia simple del permiso vigente de responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento (En caso de no contar con el permiso antes mencionado, deberá presentar la solicitud del permiso de responsable al mismo tiempo que la solicitud de licencia).

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-024-B	Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad B.- Medicina Nuclear.
COFEPRIS-05-024-C	Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad C.-Radioterapia.



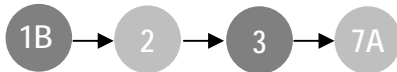
#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Copia De la licencia de operación otorgada por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (presentando original para el cotejo)

**HOMOCLAVE**  
**COFEPRIS-05-034-A**

**NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**

Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Atención Médica  
Modalidad.- A. Establecimiento de Atención Médica donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.



REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Planos y memoria descriptiva o permiso sanitario de construcción autorizado.
- ❖ Copia del currículum vitae del director del establecimiento,
- ❖ Copia del aviso de responsable sanitario, y
- ❖ Programa médico.

**HOMOCLAVE**  
**COFEPRIS-05-034-B**

**NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**

Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Atención Médica  
Modalidad.- B. Establecimiento con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células.



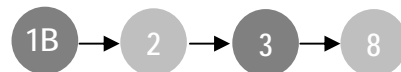
REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ **PARA EXTRACCIÓN Y/O TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS:**
  - » Copia del acta de instalación del Comité interno de trasplantes,
  - » Copia del manual de procedimientos técnico administrativos del establecimiento en materia de extracción o trasplantes (uno por cada programa).
  - » Copia de la licencia sanitaria del establecimiento donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos,
  - » Copia de identificación oficial del propietario y en su caso, del representante legal.
- ❖ **PARA BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS:**
  - » Copia del manual de procedimientos del banco, y
  - » Copia de identificación oficial del propietario y en su caso, del representante legal

**HOMOCLAVE**  
**COFEPRIS-05-034-C**

**NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**

Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Atención Médica  
Modalidad C.- Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea.



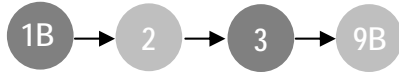
Consulte la guía auxiliar para elaborar el manual de procedimiento, publicada en la página de internet

REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Manual de procedimientos del banco de sangre
- ❖ Copia del aviso de responsable sanitario

### 3.2 POR MODIFICACION

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-025-A	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad A.- Rayos X.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

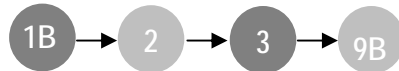
##### ❖ Por cambio, aumento o disminución de equipos o servicios.

- » Memoria analítica actualizada y levantamiento de niveles de radiación después de la instalación del equipo avalados por un asesor especializado en seguridad radiológica (con croquis de distribución de áreas del establecimiento y ubicación de los equipos dentro del mismo).
- » Cédula de información técnica actualizada.
- » Original de la Licencia sujeta a modificación.

##### ❖ Por modificación administrativa.

- » Por cambio en la razón social del establecimiento. Copia simple del acta constitutiva del establecimiento o del alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (presentando original para cotejo).
- » Copia del poder notarial del Representante Legal (presentando original para cotejo).
- » Actualización de la memoria analítica que contenga la nueva razón social.
- » Cédula de información técnica actualizada.
- » Original de la Licencia sujeta a modificación (en ambos casos).

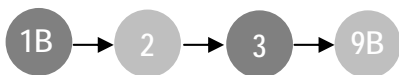
HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-025-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad B.- Medicina Nuclear.
COFEPRIS-05-025-C	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria para Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad C.-Radioterapia.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Copia de la licencia de operación otorgada por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (presentando original para cotejo).
- ❖ Original de la licencia sujeta de modificación.
- ❖ **En caso de cambio de Razón Social.**
  - » Copia simple del acta constitutiva del establecimiento o del alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (presentando original para cotejo).
  - » Copia del poder notarial del Representante Legal (presentando original para cotejo).

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-035-A	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria del Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- A. Establecimiento de Atención Médica donde se Practican Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.
COFEPRIS-05-035-B	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria del Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- B. Establecimiento con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células.
COFEPRIS-05-035-C	Solicitud de Modificación a las Condiciones de la Licencia Sanitaria del Establecimiento de Atención Médica Modalidad.- C. Establecimiento con Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Información que documente la modificación a las instalaciones físicas.
- ❖ Licencia original sujeta a modificación
- ❖ **Por cambio de Razón Social,**
  - » Copia simple del Acta Constitutiva del establecimiento (presentando original para cotejo).
- ❖ **Por cambio de nombre de la calle, Código Postal, sin cambio físico en las instalaciones**
  - » No requiere de documentación anexa

## 4. PERMISOS

### 4.1. POR ALTA

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-01-027	Permiso del Libro de Registro que Lleva el Banco de Sangre y Servicio de Transfusión Sanguínea.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Copia del Aviso de Responsable Sanitario
- ❖ Libros
- ❖ Copia simple de la licencia sanitaria

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-026-A	Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos y de Diagnóstico Modalidad A.- Rayos X.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Copia simple del título de médico cirujano.
- ❖ Copia simple del diploma de especialidad en radiología expedido por una institución de salud o académica reconocida o cédula profesional de especialidad en radiología e imagen.
- ❖ Copia simple del certificado o re-certificación vigente de especialidad, expedido por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen, A. C.

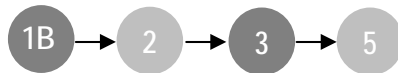


- ❖ Tener permanencia mínima en el establecimiento del 50% del horario de atención al público. En caso de unidades médicas con turnos continuos deberá cubrir el turno con mayor carga de trabajo o bien se puede designar a varios responsables de la operación y funcionamiento.
- ❖ Dos fotografías recientes tamaño infantil (con nombre al reverso).

#### HOMOCLAVE

#### NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO

- COFEPRIS-05-026-B** Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos y de Diagnóstico Modalidad B.- Medicina Nuclear.
- COFEPRIS-05-026-C** Solicitud de Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos y de Diagnóstico Modalidad C.- Radioterapia.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Copia del título de médico cirujano expedido ante las autoridades educativas competentes.
- ❖ Copia del certificado de la especialidad de Oncología, Radioterapia, Medicina Nuclear o afín.
- ❖ Contar con autorización de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias vigente.
- ❖ Dos fotografías tamaño infantil (con nombre al reverso).

#### HOMOCLAVE

#### NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO

- COFEPRIS-05-028** Solicitud de Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Copia simple del acta constitutiva o del alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- ❖ Contar con un Responsable que deberá tener:
  - » Copia certificada ante fedatario público (notario o corredor público) del título profesional en alguna área médica, físico-matemática, química o biológica y copia certificada ante fedatario público (notario o corredor público) del diploma de especialidad en seguridad radiológica expedido por alguna institución reconocida o recertificación calificado.
  - » Curriculum Vitae.
  - » Tener experiencia mínima de un año en seguridad radiológica y control de calidad.
  - » Dos fotografías tamaño infantil (con nombre al reverso).
- ❖ Manual de procedimientos uno por cada tipo de servicio que pretenda realizar.
- ❖ Cédula de información técnica para la solicitud de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica, debidamente requisitada y actualizada conforme a la guía técnica y formatos auxiliares para la presentación de requisitos documentales al formato de servicios de salud.
- ❖ Comprobante de que cuenta con los instrumentos para la medición de los parámetros, de acuerdo con los servicios que pretende realizar
- ❖ Comprobante de calibración vigente de los instrumentos anotados en el punto anterior.
- ❖ Contar con personal de soporte que deberá contar con:
  - » Certificado de estudios, mínimo bachillerato.
  - » Copia del certificado o diploma del curso de seguridad radiológica reciente, impartido por una institución académica reconocida por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.
  - » Comprobante respecto a la experiencia de al menos un año en equipos o instalaciones de diagnóstico médico con rayos X.
- ❖ Dos fotografías tamaño infantil (con nombre al reverso).

#### 4.2. POR MODIFICACION:

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-027-A	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad A.- Rayos X.
COFEPRIS-05-027-B	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad B.- Medicina Nuclear.
COFEPRIS-05-027-C	Solicitud de Modificación al Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de Diagnóstico Modalidad C.- Radioterapia



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

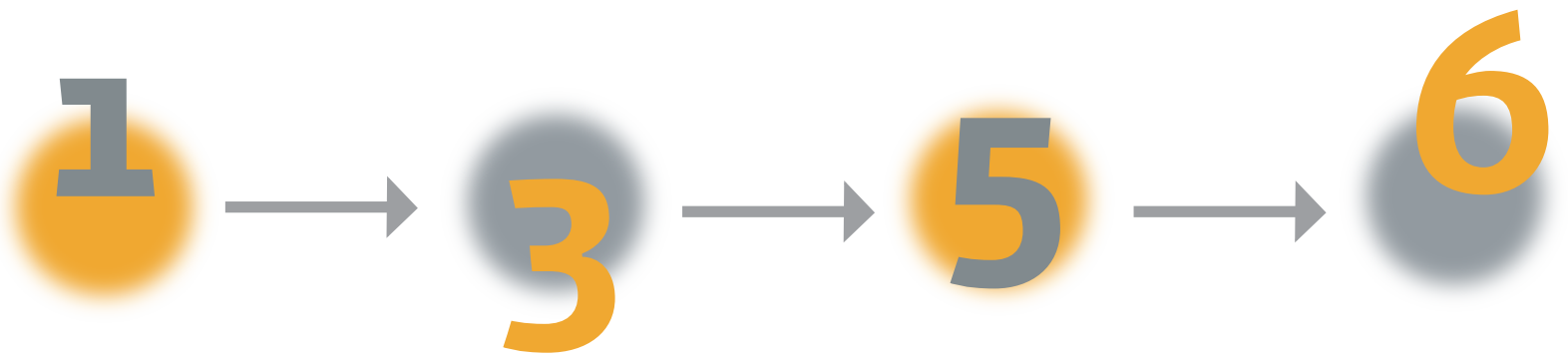
- ❖ Únicamente por cambio de horario de asistencia del responsable de operación y funcionamiento al establecimiento
  - » Tener permanencia mínima en el establecimiento del 50% del horario de atención al público. En caso de unidades médicas con turnos continuos deberá cubrir el turno con mayor carga de trabajo o bien se puede designar a varios responsables de la operación y funcionamiento.
  - » Original del permiso vigente del responsable de la operación y funcionamiento de establecimientos de diagnóstico médico con rayos X
  - » Dos fotografías tamaño infantil (con nombre al reverso).

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-029	Solicitud de Modificación al Permiso de Asesor Especializado en Seguridad Radiológica para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Original del Permiso de asesor especializado en seguridad radiológica.
- ❖ Cédula de información técnica.
- ❖ Certificados de Calibración de los equipos a utilizar en los servicios.
- ❖ En caso de cambio de responsable técnico:
- ❖ Diploma de especialidad en seguridad radiológica expedido por una institución reconocida.



[www.cofepris.gob.mx](http://www.cofepris.gob.mx)  
Centro de Atención Telefónica  
01 800 033 5050  
08:30 - 18:00 hrs.