

SERVICIOS DE SALUD

2072

No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)

NO. RUPA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUIA 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 O NUEVO | |
| ALTA <input type="radio"/> | MODIFICACIÓN O BAJA <input type="radio"/> | LICENCIA <input checked="" type="checkbox"/> | MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> |
| BAJA DE PERMISO DE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> | | PERMISO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/> | | AUTORIZACIÓN DE LIBROS <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HOMOCLAVE DEL TRÁMITE: COFEPRIS-05-034-A | NOMBRE DEL TRÁMITE: SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA | | |
| MODALIDAD DEL TRÁMITE: ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS Y/U OBSTETRICOS | | | |

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN**

R.F.C.: **SSM010830UQ3**

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

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **CUAUHTEMOC # 65**

COLONIA: **CENTRO**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **ZAPOPAN**

LOCALIDAD: **ZAPOPAN**

CÓDIGO POSTAL: **45100**

ENTIDAD FEDERATIVA: **JALISCO**

ENTRE CALLE: **COLON**

Y CALLE: **RAMON CORONA**

TELÉFONO: **(33)33420985**

FAX:

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

SECTOR AL QUE PERTENECE: PÚBLICO SOCIAL PRIVADO

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **CRUZ VERDE NORTE ISAAC MEDINA BERUMEN**

R.F.C.: **SSM010830UQ3**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **LUIS FARAH 550**

COLONIA: **VILLA DE LOS BELENES**

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **ZAPOPAN**

LOCALIDAD: **ZAPOPAN**

CÓDIGO POSTAL: **45157**

ENTIDAD FEDERATIVA: **JALISCO**

ENTRE CALLE: **SANTA CAROLINA**

Y CALLE: **SANTA MARIA**

TELÉFONO: **(33) 38 18 22 00 ext 3908**

FAX:

No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO

R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN

CLAVE (SCIAN): **622112**

DESCRIPCIÓN DEL SCIAN: **HOSPITALES GENERALES DEL SECTOR PUBLICO**

INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE: **CARLOS ALFREDO BAUTISTA LOPEZ**

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

CORREO ELECTRÓNICO: **carlos.bautista@zpopan.gob.mx**

PERSONA AUTORIZADA NOMBRE: **ARACELI DEL CARMEN PEREZ DIAZ**

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

CORREO ELECTRÓNICO: **aracely.perez@zapopan.gob.mx**

TRÁMITE GRATUITO
Comisión para la Protección contra
Riesgos Sanitarios del Estado de Jalisco

4 DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA:

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------------------|---|---|---|---|-------------------------------|---|--|--|
| ACTOS QUIRÚRGICOS Y/U OBSTÉTRICOS <input type="checkbox"/> | | DISPOSICIÓN Y BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS <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 SANGUÍNEA MÉDICO CIRUJANO <input type="checkbox"/> HEMATÓLOGO <input type="checkbox"/> PATÓLOGO CLÍNICO <input type="checkbox"/> (CONSTANCIA DE IDONEIDAD) | |
| | D | L | M | M | J | V | S | DE | A | | |
| 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 | | | |
| FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO PEGAR FOTO SÓLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA | | | | 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 | ESPECIALIDAD DE: |
| | D | L | M | M | J | V | S | DE | A | | |
| TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: | | | | TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: | | | | No. DE CÉDULA PROFESIONAL | | | |

6 DATOS DEL ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA (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 | |

7A

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

SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES Y ANOTE EN EL RECUADRO CON NÚMEROS ARÁBIGOS LA CANTIDAD :

2077

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="text" value="1"/> | QUIRÓFANOS | <input type="text" value="0"/> | SALA DE EXPULSIÓN |
| <input type="text" value="12"/> | CAMAS CENSABLES | <input type="text" value="0"/> | TERAPIA INTENSIVA |
| <input type="text" value="9"/> | CONSULTA EXTERNA | <input type="text" value="0"/> | TERAPIA INTERMEDIA |
| <input type="text" value="1"/> | LABORATORIO CLÍNICO | <input type="text" value="0"/> | TERAPIA NEONATAL |
| <input type="text" value="0"/> | ULTRASONIDO | <input type="text" value="0"/> | LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD |
| <input type="text" value="1"/> | RAYOS X | <input type="text" value="0"/> | BANCO DE ÓRG. Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CÉLULAS |
| <input type="text" value="0"/> | MASTOGRAFÍA | <input type="text" value="1"/> | BANCO DE SANGRE Y/O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN |
| <input type="text" value="0"/> | HEMODIÁLISIS | <input type="text" value="1"/> | CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE) |
| <input type="text" value="0"/> | MÁQUINAS Y SILLONES PARA HEMODIÁLISIS | <input type="text" value="1"/> | COCINA COMEDOR |
| <input type="text" value="0"/> | ELECTROCARDIOGRAFÍA | <input type="text" value="1"/> | LAVANDERÍA |
| <input type="text" value="0"/> | ELECTROENCEFALOGRAFÍA | <input type="text" value="1"/> | CUARTO DE MÁQUINAS |
| <input type="text" value="0"/> | TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA | <input type="text" value="1"/> | PLANTA DE EMERGENCIA |
| <input type="text" value="13"/> | CAMAS NO CENSABLES | <input type="text" value="2"/> | AMBULANCIA (S) |
| <input type="text" value="0"/> | CITOLOGÍA EXFOLIATIVA | <input type="text" value="1"/> | URGENCIAS |
| <input type="text" value="1"/> | HOSPITALIZACIÓN | | |


7B PARA DISPOSICIÓN DE ORGANOS Y/O BANCOS DE TEJIDOS Y CÉLULAS:

MARQUE CON UNA "X" LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:

| TIPO | CÓRNEAS | HUESO | RIÑÓN | HÍGADO | CORAZÓN | CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS |
|------------|---------|-------|-------|--------|---------|--------------------------------------|
| EXTRACCIÓN | | | | | | |
| TRASPLANTE | | | | | | |

| TIPO | CÓRNEAS | HUESO | CÉLULAS GERMINALES | PIEL | ADMIOS | CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS |
|-------|---------|-------|--------------------|------|--------|--------------------------------------|
| BANCO | | | | | | |

 OTROS (INDIQUE TIPO DE ACTO A REALIZAR Y EL ÓRGANO, TEJIDO O CÉLULA RELACIONADO):
 8 PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:

SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES :

| | | | |
|----------------------|-------------------------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | SALA DE ESPERA | <input type="text"/> | OBTENCIÓN DE LA SANGRE |
| <input type="text"/> | EXÁMENES MÉDICOS | <input type="text"/> | FRACCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN |
| <input type="text"/> | LABORATORIO CLÍNICO | <input type="text"/> | APLICACIONES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES |
| <input type="text"/> | CONTROL ADMINISTRATIVO Y SUMINISTRO | <input type="text"/> | INSTALACIONES SANITARIAS |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----|---|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|
| 9A ACTUALIZACIÓN DE DATOS: (Solo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1A del campo de avisos). | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE MODIFICACIÓN | DICE | DEBE DE DECIR | | | | | | | | | |
| REPRESENTANTE LEGAL <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 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| DE <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> | DÍA | MES | AÑO | A <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> | DÍA | MES | AÑO | FECHA <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> | DÍA | MES | AÑO |
| DÍA | MES | AÑO | | | | | | | | | |
| 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.

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

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PUBLICOS? SI NO


 Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Jalisco
CARLOS ALFREDO BAUTISTA LOPEZ
 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, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-112-0584 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.