

## SECRETARIA DE SALUD

**ACUERDO** por el que se eliminan diversos documentos anexos para realizar el trámite de solicitud de licencia sanitaria para establecimientos médicos con actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células, o con bancos de órganos, tejidos, y células; se reducen los plazos máximos que tiene la Secretaría de Salud para resolver los trámites que se indican; y se da a conocer el formato único para la realización de los trámites que se señalan.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

**JULIO JOSE FRENK MORA**, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 fracciones VII y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracciones I, III, XXIV, XXVI y XXVIII; 13 inciso A fracción II y 17 bis fracciones IV, V, VI, VIII y XIII, 45, 198 fracción V y 315 de la Ley General de Salud; 69-C de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 121 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; 208 del Reglamento de Insumos para la Salud; 242 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios; y 232 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y

### CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 prevé consolidar e impulsar el marco institucional y la mejora regulatoria que simplifique la carga administrativa de las empresas orientados a hacer más eficiente la regulación vigente y a eliminar la discrecionalidad innecesaria de la autoridad y el exceso de trámites;

Que el artículo 69-C de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo establece que los titulares de las dependencias de la Administración Pública Federal podrán, mediante acuerdos generales publicados en el Diario Oficial de la Federación, establecer plazos de respuesta menores dentro de los máximos previstos en leyes o reglamentos y no exigir la presentación de datos y documentos previstos en las disposiciones respectivas, cuando puedan obtener por otra vía la información correspondiente;

Que la Ley Federal de Procedimiento Administrativo establece las bases para llevar a cabo la mejora regulatoria sistemática de los trámites que aplica la Administración Pública Federal;

Que el Anexo Unico del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites Empresariales que aplica la Secretaría de Salud y se establecen diversas medidas de mejora regulatoria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de septiembre de 1998, establece que para el trámite de solicitud de licencia para establecimientos médicos se requiere presentar para todos los hospitales, planos y memoria descriptiva, curriculum vitae del director y aviso de responsable sanitario;

Que a fin de cumplir con los objetivos del programa de mejora regulatoria y simplificación administrativa de la Secretaría de Salud, se determinó suprimir los requisitos antes indicados, para el trámite de solicitud de licencia sanitaria de establecimientos médicos con actos de disposición y bancos de órganos, tejidos y células, y dar a conocer el formato único para la solicitud de licencia sanitaria para establecimientos médicos, y para el aviso sanitario de modificación, de suspensión temporal, de baja definitiva y de reinicio de actividades de la misma licencia, considerando que dicha simplificación se debe al compromiso adquirido por la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios para la elaboración de las cartas compromiso al ciudadano con fecha de cumplimiento a septiembre 2005;

Que con el mismo objeto, se determinó reducir los plazos que tiene la Secretaría de Salud para resolver los trámites de solicitud de licencia sanitaria para establecimientos médicos donde se practiquen actos quirúrgicos u obstétricos y actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células o con bancos de órganos, tejidos, y células; solicitud de certificado de apoyo a la exportación de insumos para la salud; y solicitud de visita de verificación sanitaria de exportación de productos;

Que tomando en cuenta que esta medida constituye una mejora regulatoria que permitirá la agilidad en la realización y resolución de los trámites citados, al reducir los plazos de respuesta de los mismos y disminuir la carga regulatoria para el particular con la eliminación de los requisitos antes descritos, he tenido a bien expedir el siguiente:

**ACUERDO POR EL QUE SE ELIMINAN DIVERSOS DOCUMENTOS ANEXOS PARA REALIZAR EL TRAMITE DE SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS MEDICOS CON ACTOS DE DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS, O CON BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS, Y CELULAS; SE REDUCEN LOS PLAZOS MAXIMOS QUE TIENE LA SECRETARIA DE SALUD PARA RESOLVER LOS TRAMITES QUE SE INDICAN; Y SE DA A CONOCER EL FORMATO UNICO PARA LA REALIZACION DE LOS TRAMITES QUE SE SEÑALAN**

**ARTICULO PRIMERO.-** Se eliminan los siguientes documentos anexos para realizar el trámite de solicitud de licencia sanitaria para establecimientos médicos con actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células, o con bancos de órganos, tejidos, y células; requisitos previstos en el Anexo Unico del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites Empresariales que aplica la Secretaría de Salud y se establecen diversas medidas de mejora regulatoria, publicado el 14 de septiembre de 1998 en el Diario Oficial de la Federación:

1. Planos y memoria descriptiva;

2. Curriculum vitae del director, y
3. Aviso de responsable sanitario.

**ARTICULO SEGUNDO.** Se reduce el plazo que tiene la Secretaría de Salud, previsto en el artículo 232 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, para resolver el trámite de solicitud de licencia sanitaria para establecimientos médicos donde se practiquen actos quirúrgicos u obstétricos, de sesenta días hábiles a treinta días hábiles.

**ARTICULO TERCERO.** Se reduce el plazo que tiene la Secretaría de Salud, establecido en el artículo 121 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, para resolver el trámite de solicitud de licencia sanitaria para establecimientos médicos que realicen actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células o bancos de órganos, tejidos y células de cuarenta y cinco días hábiles a quince días hábiles.

**ARTICULO CUARTO.-** Se da a conocer el formato único para la realización de los siguientes trámites:

1. Solicitud de licencia sanitaria para establecimientos médicos que realizan actos quirúrgicos u obstétricos; actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células, o bancos de órganos, tejidos, sus componentes y células;
2. Aviso de modificación de la licencia sanitaria para establecimientos médicos que realizan actos quirúrgicos u obstétricos; actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células, o bancos de órganos, tejidos, sus componentes y células;
3. Aviso de suspensión temporal de actividades de la licencia sanitaria para establecimientos médicos que realizan actos quirúrgicos u obstétricos; actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células, o bancos de órganos, tejidos, sus componentes y células;
4. Aviso de baja definitiva de actividades de licencia sanitaria para establecimientos médicos que realizan actos quirúrgicos u obstétricos; actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células, o bancos de órganos, tejidos, sus componentes y células;
5. Aviso de reinicio de actividades de licencia sanitaria para establecimientos médicos que realizan actos quirúrgicos u obstétricos; actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células, o bancos de órganos, tejidos, sus componentes y células.

El formato, su guía e instructivo de llenado, y el listado de documentos que se deben presentar anexos al mismo, forman parte integral del presente Acuerdo como Anexo Único.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios no exigirá formatos, ni datos o documentos adicionales a los que se publican mediante este Acuerdo, que se inscribirán en el Registro Federal de Trámites y Servicios, ni los aplicará en forma distinta a lo establecido en el mismo, salvo en los casos a que se refiere el artículo 69-Q de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

**ARTICULO QUINTO.-** Se reduce el plazo que tiene la Secretaría de Salud, previsto en el artículo 208 del Reglamento de Insumos para la Salud, para resolver el trámite de solicitud de certificado de apoyo a la exportación de insumos para la salud, de quince días hábiles a diez días hábiles.

**ARTICULO SEXTO.-** Se reduce el plazo que tiene la Secretaría de Salud, establecido en el artículo 242 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, para resolver el trámite de solicitud de visita de verificación sanitaria de exportación de productos, de quince días hábiles a diez días hábiles.

#### TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

**SEGUNDO.-** De conformidad con lo establecido por el artículo 69-N de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios notificará a la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, dentro de los diez días hábiles siguientes a la entrada en vigor del presente Acuerdo, las modificaciones que correspondan a la información inscrita en el Registro Federal de Trámites y Servicios.

**TERCERO.-** Los asuntos que se encuentren en trámite a la entrada en vigor del presente Acuerdo se atenderán hasta su conclusión conforme a las disposiciones vigentes al momento de su iniciación.

**CUARTO.-** Las disposiciones contenidas en el Aviso por el que se dan a conocer los Formatos de los Trámites que aplica la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, publicado el 28 de junio de 1999 en el Diario Oficial de la Federación, quedarán vigentes en lo que no se opongan al presente Acuerdo.

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintitrés días del mes de agosto de dos mil cinco.- El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.



**COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION  
CONTRA RIESGOS SANITARIOS**

**FORMATO UNICO DE SOLICITUDES  
Y AVISOS SANITARIOS RELACIONADOS  
CON LA LICENCIA SANITARIA  
PARA ESTABLECIMIENTOS MEDICOS**

NO. RUPA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO CONSULTE EL INSTRUCTIVO Y LA GUIA RAPIDA. LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

**1.- SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA DE :**

ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS	<input type="checkbox"/>	SECTOR AL QUE PERTENCE:
DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS	<input type="checkbox"/>	PUBLICO <input type="checkbox"/>
TRASPLANTE DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS.	<input type="checkbox"/>	SOCIAL <input type="checkbox"/>
BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS	<input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>

EN CASO DE TRASPLANTE, INDICAR EL TIPO DE TRASPLANTE QUE PRETENDE REALIZAR:

CORNEAS ( )      RIÑON ( )      HIGADO ( )      HUESO ( )      CORAZON ( )

OTROS (ESPECIFIQUE):

**2.- AVISO SANITARIO DE:**

BAJA DEFINITIVA	<input type="checkbox"/>	RAZON SOCIAL O DENOMINACION	<input type="checkbox"/>	PROPIETARIO	<input type="checkbox"/>
SUSPENSION TEMPORAL DE ACTIVIDADES	<input type="checkbox"/>	RFC	<input type="checkbox"/>	REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/>
REINICIO DE ACTIVIDADES	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO DEL PROPIETARIO	<input type="checkbox"/>	RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
		CLAVE CMAP	<input type="checkbox"/>	PERSONAS AUTORIZADAS	<input type="checkbox"/>

NUMERO DE DOCUMENTO A MODIFICAR:

DICE / CONDICION AUTORIZADA	DEBE DECIR / CONDICION SOLICITADA

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE ANEXAR HOJA CON MODIFICACIONES.

**3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

CLAVE (CMAP)	DESCRIPCION DE CMAP	
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FISICA) O RAZON SOCIAL (PERSONA MORAL).		RFC
<b>DOMICILIO FISCAL</b>		
CALLE Y NUMERO	COLONIA	DELEGACION O MUNICIPIO
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
RAZON SOCIAL O DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO		RFC
<b>DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO</b>		
CALLE Y NUMERO	COLONIA	DELEGACION O MUNICIPIO
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
ENTRE CALLE	Y CALLE	
FECHA DE INICIO DE OPERACIONES, DE SUSPENSION TEMPORAL, DE BAJA DEFINITIVA O DE REINICIO DE ACTIVIDADES.		
NOMBRE DEL(OS) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES):	CORREO ELECTRONICO DEL(OS) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES):	PERSONAS AUTORIZADAS
1.-	1.-	1.-
2.-	2.-	2.-
3.-	3.-	3.-

**4- ESTABLECIMIENTOS DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS**

NUMERO DE LA CEDULA PROFESIONAL DEL RESPONSABLE SANITARIO:

SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES:

QUIROFANOS	<input type="checkbox"/>	MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/>	BANCO DE ORG. Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS	<input type="checkbox"/>
CAMAS CENSABLES	<input type="checkbox"/>	CAMAS NO CENSABLES	<input type="checkbox"/>	COLPOSCOPIA	<input type="checkbox"/>
CONSULTA EXTERNA	<input type="checkbox"/>	CITOLOGIA EXFOLIATIVA	<input type="checkbox"/>	BANCO DE SANGRE	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACION	<input type="checkbox"/>	SERVICIO DE TRANSFUSION	<input type="checkbox"/>
ULTRASONIDO	<input type="checkbox"/>	URGENCIAS	<input type="checkbox"/>	ODONTOLOGIA	<input type="checkbox"/>
RAYOS X	<input type="checkbox"/>	SALA DE EXPULSION	<input type="checkbox"/>	COCINA COMEDOR	<input type="checkbox"/>
MASTOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	TERAPIA INTENSIVA	<input type="checkbox"/>	LAVANDERIA	<input type="checkbox"/>
DENSITOMETRIA	<input type="checkbox"/>	TERAPIA INTERMEDIA	<input type="checkbox"/>	CUARTO DE MAQUINAS	<input type="checkbox"/>
ELECTROCARDIOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	TERAPIA NEONATAL	<input type="checkbox"/>	PLANTA DE EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>
ELECTROENCEFALOGRAMA	<input type="checkbox"/>	LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD	<input type="checkbox"/>	AMBULANCIA(S)	<input type="checkbox"/>
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA	<input type="checkbox"/>	ANATOMIA PATOLOGICA	<input type="checkbox"/>		

DECLARO BAJO PROTESTA DE 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.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACION CONFIDENCIAL, ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PUBLICOS?

SI  NO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO, O REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACION

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

**SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA DE:**

**Marque con una "X" la figura de acuerdo a la solicitud a realizar.**

- 1) Para actos quirúrgicos u obstétricos.
- 2) Para actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células.
- 3) Para trasplante de órganos, tejidos, sus componentes y células.
- 4) Banco de órganos, tejidos y células.

Si en un establecimiento se van a realizar actos de disposición, trasplante y banco, deberá marcar cada uno de los recuadros correspondientes.

**SECTOR AL QUE PERTENECE**

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

**EN CASO DE TRASPLANTES, INDICAR EL TIPO DE TRASPLANTE QUE PRETENDE REALIZAR**

Marque con una x en el o los recuadros correspondientes al órgano o tejido de los que realizarán los trasplantes. Se puede marcar más de un recuadro de acuerdo al órgano(s) o tejido(s) que se pretenden trasplantar.

**2. AVISO SANITARIO DE:**

**Marque con una "X" la figura de acuerdo al aviso que va a realizar.**

- 1) Baja definitiva.
- 2) Suspensión de actividades.
- 3) Reinicio de Actividades

**MODIFICACION DE:**

**Marque con una "X" la figura de acuerdo a la modificación que va a realizar.**

- 1) Razón social o denominación.
- 2) RFC.
- 3) Domicilio del propietario.
- 4) Clave CMAP.
- 5) Propietario.
- 6) Representante Legal.
- 7) Responsable.
- 8) Personas autorizadas.

En el campo NUMERO DE DOCUMENTO A MODIFICAR escriba el número de la licencia y anote la modificación a realizar en el campo correspondiente de acuerdo a la siguiente lista enunciativa mas no limitativa.

- 4) Razón social
- 5) Domicilio.
- 6) Propietario.
- 7) Otros (especifique)

Dice/Condición autorizada

Anote los datos que se desea modificar, como se encuentran actualmente en la autorización otorgada.

Debe decir/Condición solicitada

Anote los datos como desea que deben quedar.

**3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre del Propietario (persona física) o razón social (persona moral)	Nombre completo sin abreviaturas (persona física o moral) bajo el cual se encuentra registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (domicilio fiscal).
RFC	El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el propietario ante la SHyCP.
Calle y número	Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio del propietario.
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 en 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 corresponda el domicilio del propietario.
Entidad federativa	Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento.
RFC	El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el establecimiento ante la SHyCP.
Calle y número	Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el establecimiento.
Colonia	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el establecimiento.
Delegación o municipio	Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento.
Localidad	Localidad en donde se encuentra el establecimiento.
Código postal	Número completo del código postal que corresponda.
Entidad federativa	Entidad federativa en donde se encuentra el establecimiento.
Entre calle	Entre qué calle se encuentra el establecimiento.
Y calle	Y qué calle se encuentra el establecimiento.
Fecha de inicio de operaciones de suspensión temporal, de baja definitiva o de reinicio de actividades	Indicar la fecha en que el establecimiento inició sus operaciones, ocurrió la suspensión temporal, la baja definitiva o reinició actividades, según sea el caso.
Nombre y correo electrónico del(as)	Nombre completo sin abreviaturas del(os) representante(s) legal(es) y su correo electrónico (e-mail). (En caso de personas físicas puede ser representante(s) legal(es).
Personas autorizadas	Nombre completo de las personas autorizadas para entregar y recibir respuesta de trámites ante la COFEPRIS

**4. ESTABLECIMIENTOS MEDICOS DONDE SE PRACTIQUEN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS****CEDULA PROFESIONAL**

Indique el número de cédula profesional del responsable sanitario del establecimiento.

**SERVICIOS CON QUE CUENTA EL ESTABLECIMIENTO**

Señale los servicios con los que cuenta el establecimiento: quirófanos, camas censables, camas no censables, consulta externa, laboratorio clínico, ultrasonido, rayos X, mastografía, densitometría, electrocardiografía, medicina nuclear, citología exfoliativa, hospitalización, urgencias, sala de expulsión, terapia intensiva, terapia intermedia, terapia neonatal, banco de órganos, tejidos, sus componentes y células, banco de sangre, servicio de transfusión, odontología, cocina comedor, lavandería, cuarto de máquinas, planta de emergencia, ambulancia(s), electroencefalograma, laboratorio de histocompatibilidad, anatomía patológica y colposcopia.

GUIA RAPIDA DE LLENADO

ESTA ES UNA GUIA RAPIDA PARA EL LLENADO DEL FORMATO EN LA CUAL SE INDICA QUE SECCIONES DEL MISMO SE DEBERAN LLENAR DE ACUERDO A CADA TRAMITE

**LICENCIA SANITARIA**

EN TODOS LOS CASOS:



**AVISO SANITARIO:**

PARA TODOS LOS CASOS:





## COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

### LISTADO DE ANEXOS PARA EL FORMATO DE SOLICITUDES

Las solicitudes deberán presentarse en su respectivo formato debidamente requisitado y anexando la documentación correspondiente y presentando el original para cotejo y dos copias del comprobante de pago (el original se queda en el Centro Integral de Servicios como requisito indispensable para el ingreso del trámite):

- 1. PARA LOS CASOS DE SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA.**
    - 1.1 PARA ESTABLECIMIENTOS MEDICOS QUE REALIZAN ACTOS DE DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS.**
      - 1.1.2 Acta de instalación del Comité Interno de Transplantes;
      - 1.1.3 Protocolo de trabajo del establecimiento en materia de transplantes, y
      - 1.1.4 Copia de identificación oficial del propietario y, en su caso, del representante legal.
    - 1.2 PARA BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS**
      - 1.2.1 Protocolo de trabajo del establecimiento (manual de procedimientos), y
      - 1.2.2 Copia de identificación oficial del propietario y, en su caso, del representante legal.
    - 1.3 PARA ESTABLECIMIENTOS MEDICOS QUE REALIZAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS**
      - 1.3.1 Planos y memoria descriptiva;
      - 1.3.2 Curriculum vitae del director del establecimiento, y
      - 1.3.3 Aviso de responsable sanitario.
  - 2. AVISOS:**
    - 2.1 DE MODIFICACION DE LA LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS MEDICOS QUE PRACTIQUEN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS; ACTOS DE DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS, O BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS.**
      - 2.1.1 No se requieren documentos anexos.
    - 2.2 DE SUSPENSION TEMPORAL DE ACTIVIDADES DE LA LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS MEDICOS QUE PRACTIQUEN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS; ACTOS DE DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS, O BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS.**
      - 2.2.1 No se requieren documentos anexos.
    - 2.3 DE BAJA DEFINITIVA DE ACTIVIDADES DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS MEDICOS QUE REALIZAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS; ACTOS DE DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS, O BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS.**
      - 2.3.1 No se requieren documentos anexos.
    - 2.4 DE REINICIO DE ACTIVIDADES DE LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS MEDICOS QUE REALIZAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS; ACTOS DE DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS, O CON BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS.**
      - 2.4.1 No se requieren documentos anexos.
-