

## **SEGUNDA SECCION**

### **SECRETARIA DE SALUD**

#### **AVISO por el que se da a conocer el Formato de Solicitud de Certificación de Firmas.**

---

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

La Secretaría de Salud, por conducto de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, con fundamento en los artículos 10 fracción XII; 11, fracciones XI y XXV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y segundo transitorio 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**, da a conocer el siguiente:

#### **FORMATO DE SOLICITUD DE CERTIFICACION DE FIRMAS**

**PRIMERO.** Se da a conocer el formato oficial de Solicitud de Certificación de Firmas, correspondiente al trámite SSA-01-001 Certificación de firmas, contenido en el Acuerdo a que se refiere el proemio del presente Aviso, que deberán utilizar los usuarios de dicho servicio ante la Dirección General de Asuntos Jurídicos.

El formato a que se refiere el párrafo anterior, es el que se establece en el anexo del presente Aviso.

**SEGUNDO.** El formato a que se refiere el punto anterior podrá reproducirse libremente en hojas blancas tamaño carta y en papel bond, siempre y cuando no se altere su contenido.

**TERCERO.** El personal de atención al público deberá proporcionar a los solicitantes del trámite a que se refiere este Aviso, la orientación e información necesarias para el llenado del formato respectivo.

**CUARTO.** La Dirección General de Asuntos Jurídicos, proporcionará gratuitamente a quienes lo soliciten el formato a que se refiere este Aviso, y los que expida con posterioridad, ya sea en forma impresa o a través de medios magnéticos que para tal efecto presenten los particulares, los que se les devolverán de forma inmediata.

Los interesados podrán utilizar el formato que obtengan de la dirección de Internet: [www.cde.gob.mx](http://www.cde.gob.mx) siempre y cuando la impresión del mismo la hagan en hojas blancas tamaño carta y en papel bond, y ostente el sello de autorización de la Unidad de Desregulación Económica de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial.

**QUINTO.** El formato a que se refiere el presente Aviso, se aplicará a partir del día siguiente al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

**SEXTO.** Los trámites que se encuentren pendientes de resolución a la publicación del presente Aviso, serán resueltos por la Dirección General de Asuntos Jurídicos, conforme a los formatos que se utilizaban al momento de la publicación de este Aviso.

México, D.F., a 1 de junio de 1999.- El Director General de Asuntos Jurídicos, **Marco A. de Stéfano S.**-  
Rúbrica.



**SECRETARIA DE SALUD**  
DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS

FOLIO

SSA-01-001 SOLICITUD DE CERTIFICACION DE FIRMAS

LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL SOLICITANTE			
INTERESADO:			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL INTERESADO NO REALIZA EL TRAMITE)			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
NACIONALIDAD:		TELEFONO(S) (OPCIONAL)	
DOMICILIO:			
CALLE			NUMERO EXTERIOR
			NUMERO INTERIOR
COLONIA			CODIGO POSTAL
DELEGACION, MUNICIPIO O LOCALIDAD			ENTIDAD FEDERATIVA

2.- DOCUMENTOS	
DESCRIPCION DEL (LOS) DOCUMENTO(S) A CERTIFICAR	RAZON POR LA CUAL SE SOLICITA EL TRAMITE
<input type="checkbox"/> DIPLOMA <input type="checkbox"/> CONSTANCIA <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE ESTUDIOS Y CALIFICACIONES <input type="checkbox"/> OFICIO	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
UNIDAD ADMINISTRATIVA O ENTIDAD QUE EMITIO EL DOCUMENTO:	
SERVIDOR(ES) PUBLICO(S) QUE EXPIDE(N) EL DOCUMENTO:	
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
NOMBRE	CARGO

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS ANEXOS**

PRESENTAR CON LA SOLICITUD:

1. ORIGINAL DE IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE.
2. ORIGINAL O COPIA DEL DOCUMENTO CON FIRMA AUTOGRAFA CUYA CERTIFICACION SE SOLICITA.
3. COMPROBANTE DEL PAGO DE DERECHOS.

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO RESPECTO DE ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS 4-80-2000 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-00-148-00 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1-888-594-33-72, O AL TELEFONO 631-19-86 DE LA DIRECCION CONSULTIVA DE LA DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL



SSA-01-001

**CONSIDERACIONES GENERALES:** LOS CUADROS SOMBRADOS SERAN LLENADOS POR LA SSA.

ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCION EN HOJA BLANCA TAMAÑO CARTA Y EN PAPEL BOND.

ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO : 08-IV-1999

ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA UNIDAD DE DESREGULACION ECONOMICA: 08-IV-1999

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO DE QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.