

AVISO por el que se dan a conocer los Formatos de los Trámites que aplica la Dirección General de Salud Ambiental.

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 Salud Ambiental, con fundamento en los artículos 11 de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos; 10, fracción XII; 22, fracciones IV, VIII, X y XII, 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 los siguientes:

FORMATOS DE LOS TRAMITES QUE APLICA LA DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

PRIMERO. Se dan a conocer los formatos e instructivos oficiales de los trámites contenidos en el Acuerdo a que se refiere el proemio del presente Aviso, que deberán utilizar los usuarios de los servicios ante la Dirección General de Salud Ambiental.

Los formatos e instructivos a que se refiere el párrafo anterior son los que se establecen en el anexo del presente Aviso, y que se relacionan a continuación:

TRAMITES RELATIVOS A ESTABLECIMIENTOS		
CLAVE	NOMBRE DEL TRAMITE	NOMBRE DEL FORMATO
SSA-05-001	AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN, COMERCIALIZAN O DISTRIBUYEN PLAGUICIDAS, NUTRIENTES VEGETALES O SUSTANCIAS TOXICAS O PELIGROSAS PARA LA SALUD.	AVISO DE FUNCIONAMIENTO
SSA-05-003	LICENCIAS SANITARIAS PARA SERVICIOS URBANOS DE FUMIGACION, DESINFECCION Y CONTROL DE PLAGAS; PARA ESTABLECIMIENTOS QUE FABRICAN SUSTANCIAS TOXICAS O PELIGROSAS PARA LA SALUD; PARA ESTABLECIMIENTOS QUE FABRICAN, FORMULAN, MEZCLAN O ENVASAN PLAGUICIDAS Y NUTRIENTES VEGETALES; Y PARA ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X.	
SSA-05-003-A	PARA SERVICIOS URBANOS DE FUMIGACION, DESINFECCION Y CONTROL DE PLAGAS.	SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA (FORMATO MULTIPLE)
SSA-05-003-B	PARA ESTABLECIMIENTOS QUE FABRICAN SUSTANCIAS TOXICAS O PELIGROSAS PARA LA SALUD.	
SSA-05-003-C	PARA ESTABLECIMIENTOS QUE FABRICAN, FORMULAN, MEZCLAN O ENVASAN PLAGUICIDAS Y NUTRIENTES VEGETALES.	
SSA-05-003-D	PARA ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X.	
SSA-05-004	PERMISO DE RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X.	
SSA-05-004-A	EXPEDICION.	SOLICITUD PARA AUTORIZACION DE RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X
SSA-05-004-B	MODIFICACION.	AVISO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X
SSA-05-005	PERMISO DE ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X.	
SSA-05-005-A	EXPEDICION.	SOLICITUD DE PERMISO DE ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X

SSA-05-006	PERMISO PARA MODIFICACIONES A LAS INSTALACIONES DE ESTABLECIMIENTOS QUE MANEJAN SUSTANCIAS TOXICAS PELIGROSAS DETERMINADAS COMO DE ALTO RIESGO PARA LA SALUD, CUANDO IMPLIQUEN NUEVOS SISTEMAS DE SEGURIDAD.	SOLICITUD DE PERMISO PARA MODIFICACION DE INSTALACIONES
SSA-05-007	AVISO DE INFORMACION ANUAL PARA ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE PRODUCCION, PREPARACION, ENAJENACION, ADQUISICION, IMPORTACION, EXPORTACION, TRANSPORTE, ALMACENAJE Y DISTRIBUCION DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES.	INFORME ANUAL DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES
TRAMITES RELATIVOS A PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES		
SSA-05-015	AVISO DE IMPORTACION O EXPORTACION DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES QUE NO REQUIEREN PERMISO.	AVISO DE IMPORTACION O EXPORTACION DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES
SSA-05-016	AVISO DE DESVIO O ACTIVIDADES IRREGULARES DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES.	AVISO DE DESVIO O ACTIVIDADES IRREGULARES DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES

SEGUNDO. Se modifican las formas oficiales para la solicitud de licencia sanitaria, publicadas el 6 de noviembre de 1984 en el **Diario Oficial de la Federación**, para quedar en los términos señalados en el punto anterior.

TERCERO. Los formatos a que se refiere el punto primero de este Aviso, podrán reproducirse libremente en hojas blancas tamaño carta y en papel bond, siempre y cuando no se altere su contenido.

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

QUINTO. La Dirección General de Salud Ambiental proporcionará gratuitamente a quienes lo soliciten los formatos 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 devolverán de forma inmediata.

Los interesados podrán utilizar los formatos que obtengan de la dirección de Internet: www.cde.gob.mx siempre y cuando la impresión de los mismos la hagan en hojas blancas tamaño carta y en papel bond, y ostenten el sello de autorización de la Unidad de Desregulación Económica de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial.

SEXTO. Los formatos a que se refiere el presente Aviso, se aplicarán a los siete días naturales siguientes al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

SEPTIMO. Los trámites que se encuentren pendientes de resolución a la publicación del presente Aviso, serán resueltos por la Dirección General de Salud Ambiental, 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 Salud Ambiental, **Gustavo Olaiz Fernández**.- Rúbrica.



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO DIRECCION
GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-05-001 AVISO DE FUNCIONAMIENTO

LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL

No. DE FOLIO

NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO		RFC	
DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR, NUMERO INTERIOR O LETRA)		COLONIA	
ENTIDAD FEDERATIVA	DELEGACION O MUNICIPIO	LOCALIDAD	
CODIGO POSTAL	TELEFONO	FAX	

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		RFC	
DOMICILIO (CALLE Y NUMERO)		COLONIA	CLAVE
ENTIDAD FEDERATIVA	CLAVE	DELEGACION O MUNICIPIO	CLAVE LOCALIDAD CLAVE
CODIGO POSTAL	TELEFONO	FAX	FECHA DE INICIO DE OPERACIONES

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
 LOS RECUADROS SOMBRREADOS SERAN LLENADOS POR LA SSA.
 ESTE TRAMITE NO REQUIERE DOCUMENTOS ANEXOS.



SECRETARIA DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO DIRECCION
 GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

SSA-05-003 SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL

NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)		RFC
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		
DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR, NUMERO INTERIOR O LETRA)		COLONIA
ENTIDAD FEDERATIVA	DELEGACION O MUNICIPIO	LOCALIDAD
CODIGO POSTAL	TELEFONO	FAX

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SSA		
TIPO DE MOVIMIENTO A <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	No. DE ENTRADA	
No. ANTERIOR		
ESTABLECIMIENTO M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	TRAMITE N <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	VENCIMIENTO (MES Y AÑO)
PRESENTARSE A CONOCER EL RESULTADO DE SU TRAMITE EL DIA		
D D M M A A		

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		RFC
DOMICILIO (CALLE Y NUMERO)		COLONIA
ENTIDAD FEDERATIVA	CLAVE	DELEGACION O MUNICIPIO
		CLAVE
		LOCALIDAD
		CLAVE
CODIGO POSTAL	TELEFONO	FAX
		FECHA DE INICIO DE OPERACIONES
		D D M M A A

3.- NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

--	--	--	--	--	--

4.- ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	LUGAR Y FECHA DONDE SE EFECTUA EL TRAMITE
---------------------------------------------	-------------------------------------------



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

SSA-05-003

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-0014800 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1888-5943372, O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

6.- DOCUMENTOS ANEXOS

Los documentos no deberán presentar alteraciones, raspaduras o enmendaduras

6.1 MODALIDAD : SSA-05-003-A. Para servicios urbanos de fumigación, desinfección y control de plagas.	
6.1.1	Examen de colinesterasa en sangre del personal aplicador (original).
6.1.2	Croquis del local, en donde se especifiquen las áreas con que cuenta para desarrollar las actividades propias del giro solicitado (original).
6.1.3	Manual de seguridad sobre procedimientos de aplicación (original).
6.1.4	Relación de plaguicidas que se pretenden utilizar detallando : 6.1.4.1 Nombre comercial. 6.1.4.2 Número de registro vigente ante la Comisión Intersecretarial para el Control del Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas que se utilizan.
6.1.5	Inventario del equipo de aplicación que se utilizará en los servicios que realiza la empresa.
6.1.6	Relación de plagas que se pretenden controlar.
6.1.7	Escrito con firma autógrafa del propietario del establecimiento y el responsable técnico designado, donde se indique: 6.1.7.1 Datos generales del propietario del establecimiento. 6.1.7.2 Datos generales del responsable técnico.
6.1.8	El responsable técnico deberá presentar un examen teórico que contempla los siguientes temas : 6.1.8.1 Conceptos de control de plagas. 6.1.8.2 Organismos plagas más comunes. 6.1.8.3 Generalidades sobre plaguicidas. 6.1.8.4 Seguridad en el manejo de plaguicidas. 6.1.8.5 Toxicología de plaguicidas. 6.1.8.6 Equipos y técnicas de aplicación. 6.1.8.7 Legislación sanitaria sobre plaguicidas.
6.2 MODALIDAD : SSA-05-003-B. Para establecimientos que fabrican sustancias tóxicas o peligrosas para la salud.	
6.2.1	Plano general del establecimiento donde se indiquen las diferentes áreas, así como el croquis de localización de éstas.
6.2.2	Programa de capacitación y difusión a los trabajadores.
6.2.3	Hoja de datos de seguridad de las sustancias tóxicas o peligrosas que se manejan en el establecimiento.
6.2.4	Programa de vigilancia a la salud de los trabajadores que manejan sustancias tóxicas o peligrosas.
6.2.5	Lista de las medidas de seguridad que se aplican en el establecimiento.
6.2.6	Lista del equipo para el control de contaminantes.
6.2.7	Lista del equipo contra incendios.
6.2.8	Lista de las construcciones especiales (sistemas de aspersión, detectores de humos, alarmas de detección de fugas, sistemas de captación de humos y vapores).
6.2.9	Cédula de información técnica de establecimientos.
6.3 MODALIDAD : SSA-05-003-C. Para establecimientos que fabrican, formulan, mezclan o envasan plaguicidas y nutrientes vegetales.	
6.3.1	Plano general del establecimiento donde se indiquen las diferentes áreas de la planta, así como el croquis de localización de éstas.
6.3.2	Hoja de datos de seguridad de las sustancias tóxicas o peligrosas que se manejan en el establecimiento, así como su registro único de plaguicidas cuando proceda.
6.3.3	Programa de vigilancia a la salud de los trabajadores que manejan los productos y sustancias a que se refiere este título.
6.3.4	Programa de capacitación y difusión a los trabajadores.
6.3.5	Lista de las medidas de seguridad que se aplican en el establecimiento.
6.3.6	Lista del equipo para el control de contaminantes.
6.3.7	Lista del equipo contra incendios.
6.3.8	Lista de las construcciones especiales (sistemas de aspersión, detectores de humos, alarmas de detección de fugas, sistemas de captación de humos y vapores).
6.3.9	Cédula de información técnica de establecimientos.
6.4 MODALIDAD : SSA-05-003-D Para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X (NOM-146-SSA1-1996)	
6.4.1	Fotocopia simple del Acta Constitutiva del establecimiento o del alta ante la SHCP.
6.4.2	Fotocopia simple del poder notarial del representante legal, en su caso.
6.4.3	Memoria analítica de los blindajes y levantamiento de los niveles de radiación después de la instalación del equipo, avalada por un Asesor especializado en seguridad radiológica.
6.4.4	Planos o diagramas de la instalación incluyendo sus colindancias con dimensiones correspondientes a escala entre 1:100 y 1:200 y planos o diagramas de ubicación de los equipos de rayos x, procesadores de imagen y accesorios, con dimensiones correspondientes a escala entre 1:25 y 1:100 de acuerdo con lo establecido en la NOM-156-SSA1-1996 (original).
6.4.5	Fotocopia simple del Permiso del responsable de la operación y funcionamiento otorgado por la Secretaría de Salud, o en su caso, solicitud con requisitos y documentación completa.
6.4.6	Cédula de información técnica.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-05-003 SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA

Este formato se utiliza para los siguientes trámites:

- | | | |
|-------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MODALIDAD : | SSA-05-003-A. | Para servicios urbanos de fumigación, desinfección y control de plagas. |
| MODALIDAD : | SSA-05-003-B. | Para establecimientos que fabrican sustancias tóxicas o peligrosas para la salud. |
| MODALIDAD : | SSA-05-003-C. | Para establecimientos que fabrican, formulan, mezclan o envasan plaguicidas y nutrientes vegetales. |

MODALIDAD : SSA-05-003-D. Para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

1.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL

Indicar el nombre del propietario o razón social de la empresa de acuerdo a su registro ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Indicar el Registro Federal de Contribuyentes del establecimiento (RFC) tal y como aparece en su Cédula Fiscal.

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Indicar nombre del propietario o razón social del establecimiento donde se procesan, almacenan, distribuyen o comercializan los productos o se proporcionan servicios de diagnóstico médico con rayos X.

Indicar el Registro Federal de Contribuyentes del establecimiento (RFC) tal y como aparece en su Cédula Fiscal.

Domicilio: Indicar la ubicación del establecimiento donde se realiza el proceso Calle, número y letra exterior e interior, delegación política o municipio correspondiente, colonia, código postal, localidad, entidad federativa, teléfono, en caso de ser foráneo indicar la Clave Lada (opcional).

Fecha de inicio de operaciones: Indicar día, mes y año.

3.- NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS (CMAP)

Anotar la Clase CMAP que corresponda, especificado en el Acuerdo Secretarial número 141, por el que se determinan los establecimientos sujetos a Aviso de Funcionamiento, publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 29 de julio de 1997.

4.- ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO

Indicar la(s) actividad(es) específica(s) (Giro Comercial) de acuerdo a las líneas de producción o de servicios del establecimiento que corresponda(n).

Para la Modalidad: SSA-05-003-D, además, indicar la aplicación que solicita:

- 1.-Radiografía convencional
- 2.-Fluoroscopia
- 3.-Mamografía
- 4.-Panorámica dental
- 5.-Tomografía

En el recuadro inferior la firma autógrafa del propietario o representante legal.

CONSIDERACIONES GENERALES

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

SI EL TRAMITE SE ENVIA POR CORREO CERTIFICADO O MENSAJERIA, DEBERA HACERLO CON PORTE PAGADO PARA EL ENVIO DE LA RESOLUCION CORRESPONDIENTE.

LOS CUADROS SOMBREADOS SERAN LLENADOS POR LA SSA.

CUANDO EL SOLICITANTE DEBA ACREDITAR SU PERSONALIDAD, SOLAMENTE DEBE MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO IDENTIFIQUEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE).



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-05-004-A SOLICITUD PARA AUTORIZACION DE RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS PERSONALES DEL RESPONSABLE

NOMBRE		R.F.C.	
DOMICILIO(CALLE, NUMERO EXTERIOR, NUMERO INTERIOR O LETRA)			
COLONIA	CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA		
TELEFONO	FAX	No. DE CEDULA PROFESIONAL	
INSTITUCION QUE EXPIDE TITULO PROFESIONAL DE MEDICO		No. DE CERTIFICADO C.M.R.I.	

USO EXCLUSIVO DE LA SSA		
NUMERO DE ENTRADA		
FECHA		
DIA	MES	AÑO

INSTITUCION EN QUE REALIZO LA ESPECIALIDAD

SELLO Y FIRMA

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Formulario with fields for NOMBRE, R.F.C., DOMICILIO, COLONIA, C.P., LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, TELEFONO, FAX, No. DE LICENCIA SANITARIA, and HORARIO DE FUNCIONAMIENTO.

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-0014800 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1888-5943372 O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

Form with fields for DIA, MES, AÑO and FECHA.

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO



SSA-05-004-A

Form titled 'USO EXCLUSIVO DE LA SSA' with fields for RESOLUCION FINAL No., FECHA (DIA, MES, AÑO), No. DE PERMISO, and EL DIRECTOR DE RIESGOS RADIOLOGICOS.

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

Página 1 de 2

3.- DOCUMENTOS ANEXOS (NOM-146-SSA1-1996)

- 1.- Copia del Título de Médico Cirujano.
2.- Copia de la Cédula Profesional.
3.- Copia del Diploma de Especialidad en Radiología.
4.- Copia del Certificado o de la Recertificación Vigente de Especialidad emitido por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen, A.C.
5.- Curriculum Vitae.
6.- Tres fotografías tamaño infantil.

Nota: Favor de entregar la documentación en este orden.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Form titled 'SSA-05-004-A SOLICITUD PARA AUTORIZACION DE RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X' with section '1.- DATOS PERSONALES DEL RESPONSABLE' and 'DEBE ANOTARSE'.

No. de cédula profesional	El número de la cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones, SEP.
Institución en que realizó la especialidad	El nombre de la Institución donde realizó la especialidad en radiología.
No. certificado C.M.R.I.	El número del certificado vigente como especialista emitido por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen, A.C.

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social	El nombre(s), apellido paterno y materno del propietario o la razón social del establecimiento.
R.F.C.	Los números, letras y homonimia que corresponde al registro federal de contribuyentes del establecimiento.
Domicilio	El nombre de la calle, número exterior, interior o letra del domicilio del establecimiento.
Colonia	El nombre de la colonia en donde se encuentra ubicado el establecimiento.
C.P.	El código postal que corresponda al domicilio del establecimiento.
Localidad	El nombre de la localidad donde se ubica el establecimiento.
Municipio	El nombre del municipio en donde se encuentra el domicilio del establecimiento.
Entidad Federativa	La denominación de la entidad federativa del domicilio del establecimiento.
Teléfono	El número telefónico incluyendo clave lada nacional (del establecimiento).
Fax	El número de Fax incluyendo clave lada nacional (del establecimiento).
No. de licencia sanitaria	El número de licencia sanitaria que expide la SSA, en caso de que se cuente con ella.
Horario de Funcionamiento	El horario de funcionamiento de cada día del establecimiento. Ejemplo 9-22 hrs.
Horario en que asistirá el Responsable de la Operación y Funcionamiento	El horario en que el Responsable de la Operación y Funcionamiento asistirá al establecimiento.
Fecha	El día, mes y año en que se requisita la solicitud.
Nombre y Firma del Responsable de la Operación y Funcionamiento	El nombre(s), apellidos paterno y materno, y firma autógrafa del Responsable de la Operación y Funcionamiento.

CONSIDERACIONES GENERALES

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

LOS CUADROS SOMBREADOS SERAN LLENADOS POR LA SSA.

LOS DOCUMENTOS NO DEBERAN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.

Página 2 de 2



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-05-004-B AVISO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS PERSONALES DEL RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO

NOMBRE
NUMERO DE PERMISO SANITARIO

USO EXCLUSIVO DE LA SSA		
NUMERO DE ENTRADA		
FECHA		
DIA	MES	AÑO
SELLO Y FIRMA		

2.- DESCRIPCION DE LA MODIFICACION

2.1 BAJA

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO
NUMERO DE LICENCIA SANITARIA

2.2 ALTA O CAMBIO DE HORARIO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO
NUMERO DE LICENCIA SANITARIA

HORARIO DE SERVICIO DEL ESTABLECIMIENTO	HORARIO DE SERVICIO DEL RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO
L _____ J _____ D _____	L _____ J _____ D _____
M _____ V _____	M _____ V _____
M _____ S _____	M _____ S _____

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, ésto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de las declaraciones dadas a una autoridad.

DIA	MES	AÑO
FECHA		

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-0014800 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1888-5943372 O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.



SSA-05-004-B

USO EXCLUSIVO DE LA SSA			
RESOLUCION FINAL No. _____	FECHA		EL DIRECTOR DE RIESGOS RADIOLOGICOS
POSITIVO <input type="checkbox"/>	DIA	MES	AÑO
NEGATIVO <input type="checkbox"/>			

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONIENTE.
Página 1 de 2

3.- DOCUMENTOS ANEXOS: (NOM-146-SSA1-1996)

- 1.- Permiso Sanitario Vigente (original).
- 2.- Copia del Certificado o Recertificación Vigente de Especialidad emitido por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen, A. C.

Nota: Favor de entregar la documentación en este orden.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-05-004-B AVISO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X

1.- DATOS DEL RESPONSABLE DE LA OPERACION Y FUNCIONAMIENTO

	DEBE ANOTARSE
Nombre	El nombre(s), apellido paterno y materno del Responsable de la Operación y Funcionamiento.
Número de permiso sanitario	El número de permiso sanitario que expide la SSA.

2.- DESCRIPCION DE LA MODIFICACION

2.1 BAJA

Nombre o Razón Social del establecimiento	El nombre(s), apellido paterno y materno del propietario o la razón social del establecimiento.
Número de licencia sanitaria	El número de licencia sanitaria que expide la SSA.

2.2 ALTA O CAMBIO DE HORARIO

Nombre o Razón Social del establecimiento	El nombre(s), apellido paterno y materno del propietario o la razón social del establecimiento.
Número de licencia sanitaria	El número de licencia sanitaria que expide la SSA.
Horario de Servicio del establecimiento	El horario de funcionamiento de cada día del establecimiento. Ejemplo 9-22 hrs.
Horario de servicio del Responsable de la Operación y Funcionamiento	El horario en que el Responsable de la Operación y Funcionamiento asistirá al establecimiento.
Fecha	El día, mes y año en que se requisita la solicitud.
Firma del Responsable de la Operación y Funcionamiento	Firma autógrafa del Responsable de la Operación y Funcionamiento.

CONSIDERACIONES GENERALES

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
LOS DOCUMENTOS NO DEBERAN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.

Página 2 de 2



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL



ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-05-005-A SOLICITUD DE PERMISO DE ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X

LLENASE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

FOLIO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		
DOMICILIO (CALLE, NUMERO, LETRA, COLONIA, DELEGACION, C.P.)		
LOCALIDAD Y ENTIDAD FEDERATIVA		
TELEFONO	FAX	R.F.C.

USO EXCLUSIVO DE LA SSA		
NUMERO DE ENTRADA		
FECHA		
DIA	MES	AÑO
SELLO Y FIRMA		

2.- DATOS DEL RESPONSABLE TECNICO

NOMBRE		R.F.C.
FORMACION PROFESIONAL (TITULO)	TITULO EXPEDIDO POR	No. CEDULA PROFESIONAL
DOMICILIO		TELEFONO Y FAX

SERVICIOS QUE PRETENDE PRESTAR (DESCRIPCION GENERICA)



SSA-05-005-A

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-0014800 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1888-5943372 O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

	DIA	MES	AÑO	
NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	FECHA			FIRMA DEL RESPONSABLE TECNICO

USO EXCLUSIVO DE LA SSA			
ACUERDO RESOLUTORIO NUMERO	POSITIVO	FECHA	REUNION
	NEGATIVO		
POR LA SECRETARIA DE SALUD		POR LA COMISION NACIONAL DE SEGURIDAD NUCLEAR Y SALVAGUARDIAS	
DIRECTOR DE RIESGOS RADIOLOGICOS		GERENTE DE SEGURIDAD RADIOLOGICA	

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

Página 1 de 2

3.- DOCUMENTOS ANEXOS (NOM-146-SSA1-1996)

1. Copia simple del acta constitutiva del establecimiento o del alta ante la SHCP.
2. Curriculum vitae del Responsable Técnico.
3. Copia certificada del Título Profesional del Responsable Técnico.
4. Copia certificada del Diploma de Especialidad en Seguridad Radiológica del Responsable Técnico.
5. Cédula de Información técnica.
6. Copia de los Certificados de calibración de los equipos a utilizar en el servicio.
7. Manual de procedimientos.
8. Copia de documentos del Personal de Soporte: Certificado de estudios y Diploma de cursos de seguridad radiológica.

NOTA: Favor de entregar la documentación en este orden.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-05-005-A SOLICITUD DE PERMISO DE ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social	DEBE ANOTARSE El nombre(s), apellidos paterno y materno del propietario o la razón social de la empresa registrada ante la SHCP.
Domicilio	Los datos señalados.- Calle, Número, Letra, Colonia, Delegación, C.P.
Localidad y Entidad Federativa	El nombre de la localidad donde se encuentra el domicilio legal del propietario o de la empresa.
Teléfono	Estado en donde se encuentre el domicilio legal del propietario o de la empresa.
Fax	El del establecimiento incluyendo clave lada Nacional.
R.F.C.	Número de Fax del Establecimiento. los datos señalados: Letras, Números, Homonimia del Registro Federal de Contribuyentes del Propietario o de la Empresa.

DATOS DEL RESPONSABLE TÉCNICO

Nombre del Responsable Técnico	El Nombre(s), apellidos paterno y materno del Responsable Técnico del Establecimiento.
R.F.C.	Registro Federal de Contribuyentes del Responsable Técnico del Establecimiento.
Formación (Título)	Denominación de la carrera profesional cursada por el Responsable Técnico, como aparece en el título profesional.
Título Expedido por	Nombre de la Institución que expidió el Título Profesional.
Núm. Cédula Profesional	El dato señalado: Número de la Cédula Profesional.
Dirección Particular	La calle, Número, Ciudad, Estado y código Postal del Responsable Técnico.
Teléfono y Fax	Número telefónico y Fax del Responsable Técnico.
Servicios que pretende prestar	La descripción genérica de los servicios que pretende prestar para los cuales está solicitando permiso.
Fecha	Día, mes, y año en que se llena la solicitud.
Nombre y firma del propietario o Representante Legal.	Nombre(s), apellidos paterno, materno y firma autógrafa del Propietario o Representante Legal.
Nombre y firma del Responsable Técnico.	Nombre(s), apellidos paterno y materno y firma autógrafa del Responsable Técnico.

CONSIDERACIONES GENERALES.

**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
LOS CUADROS SOMBRADOS SERAN LLENADOS POR LA SSA.
LOS DOCUMENTOS NO DEBERAN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS**

Página 2 de 2



**SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL**

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-05-006 SOLICITUD DE PERMISO PARA MODIFICACION DE INSTALACIONES

LLENENSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL

NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)		RFC
DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR, NUMERO INTERIOR O LETRA)		COLONIA
ENTIDAD FEDERATIVA	DELEGACION O MUNICIPIO	LOCALIDAD
CODIGO POSTAL	TELEFONO	FAX

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SSA.		
TIPO DE MOVIMIENTO	No. DE ENTRADA	
A <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		
No. ANTERIOR		
ESTABLECIMIENTO	TRAMITE	VENCIMIENTO
M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	(MES Y AÑO)
PRESENTARSE A CONOCER EL RESULTADO DE SU TRAMITE EL DIA		

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		RFC
DOMICILIO (CALLE Y NUMERO)		COLONIA
ENTIDAD FEDERATIVA	CLAVE	DELEGACION O MUNICIPIO
CODIGO POSTAL	TELEFONO	FAX
FECHA DE INICIO DE OPERACIONES		CLAVE
DIA		MES
		AÑO

3.- MODIFICACION(ES) DE LA(S) INSTALACION(ES)

<input type="checkbox"/> AUMENTO	<input type="checkbox"/> SUSPENSION DE AREA	JUSTIFICACION TECNICA _____
<input type="checkbox"/> DISMINUCION	<input type="checkbox"/> OTROS	LISTAR LAS AREAS A MODIFICAR _____

4.- DOCUMENTOS ANEXOS

<input type="checkbox"/> PLANOS Y MEMORIAS DESCRIPTIVAS	<input type="checkbox"/> LISTA DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/> LISTA DE EQUIPO CONTRA INCENDIO
<input type="checkbox"/> CEDULA DE INFORMACION TECNICA	<input type="checkbox"/> LISTA DE EQUIPO PARA EL CONTROL DE CONTAMINANTES	<input type="checkbox"/> LISTA DE CONSTRUCCIONES ESPECIALES

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	LUGAR Y FECHA DONDE SE EFECTUA EL TRAMITE



SSA-05-006

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

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-0014800 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1888-5943372, O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

Página 1 de 2

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

SSA-05-006 SOLICITUD DE PERMISO PARA MODIFICACION DE INSTALACIONES

1.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL

Indicar nombre del propietario o razón social de la empresa de acuerdo a su registro ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Indicar el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) tal y como aparece en su Cédula Fiscal.

Domicilio: Indicar la ubicación del propietario o razón social que realiza el trámite (Calle, número, colonia, código postal, localidad, entidad federativa, delegación o municipio, teléfono, en caso de ser foráneo, indicar la clave Lada).

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Indicar nombre del propietario o razón social del establecimiento donde se procesan, almacenan, distribuyen o comercializan los productos.

Indicar el Registro Federal de Contribuyentes del establecimiento (RFC) tal y como aparece en su Cédula Fiscal.

Domicilio: Indicar la ubicación del establecimiento donde se realiza el proceso (Calle, número y letra exterior e interior, delegación política o municipio y clave correspondiente, colonia y clave de la misma, código postal, localidad y clave, entidad federativa y clave, teléfono, en caso de ser foráneo, indicar la clave Lada).

Fecha de inicio de operaciones: Indicar día, mes y año.

3.- MODIFICACION(ES) DE LA(S) INSTALACION(ES)

Puede elegirse más de una opción, indicando una breve justificación técnica, así como un listado de las áreas a modificar; para el efecto, pueden anexarse tantas hojas como sea necesario y perfectamente identificadas.

La Solicitud deberá llevar el nombre y firma autógrafa del propietario o representante legal de la empresa, así como el lugar y la fecha donde se efectúa la misma.

CONSIDERACIONES GENERALES

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

LOS DOCUMENTOS NO DEBERAN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.

SI EL TRAMITE SE ENVIA POR CORREO CERTIFICADO O MENSAJERIA, DEBERA HACERLO CON PORTE PAGADO PARA EL ENVIO DE LA RESOLUCION CORRESPONDIENTE.

Página 2 de 2



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

NO. DE FOLIO

SSA-05-007 INFORME ANUAL DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		R.F.C.	No. LICENCIA SANITARIA O AVISO DE FUNCIONAMIENTO
DOMICILIO (CALLE Y NUMERO)		COLONIA	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO Y/O FAX

2.- ACTIVIDAD REGULADA

1.- PRODUCCION <input type="checkbox"/>	2.- PREPARACION <input type="checkbox"/>	3.- ENAJENACION <input type="checkbox"/>	4.- ADQUISICION <input type="checkbox"/>
5.- IMPORTACION <input type="checkbox"/>	6.- EXPORTACION <input type="checkbox"/>	7.- ALMACENAJE <input type="checkbox"/>	8.- DISTRIBUCION <input type="checkbox"/>

3.- SUJETO (PERSONA FISICA O MORAL) CON QUIEN REALICE LA ACTIVIDAD REGULADA

NOMBRE O RAZON SOCIAL		R.F.C.	No. LICENCIA SANITARIA O AVISO DE FUNCIONAMIENTO
DOMICILIO (CALLE Y NUMERO)		COLONIA	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO Y/O FAX

4.- CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO

NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE QUIMICO (SINONIMO)	ESTADO FISICO (Elegir opción correspondiente) SOLIDO <input type="checkbox"/> LIQUIDO <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/>
CANTIDAD O VOLUMEN LETRA Y NUMERO		UNIDAD DE MEDIDA Kg L

Declaro bajo protesta de decir verdad, que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, ésto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

_____ A _____ DE _____ DE _____.



SSA-05-007

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO RESPECTO DE ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS 5-4-80-20-00 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 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-05-007 INFORME ANUAL DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social de la Empresa; indicar conforme el acta constitutiva.
 Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)
 Licencia sanitaria del establecimiento que va ha realizar el informe; indicar el número o en su defecto el de la solicitud de la Licencia o Aviso de Funcionamiento (anotar clave del giro).

Domicilio; indicar la ubicación del establecimiento que va a realizar el informe (calle, número, colonia, código postal, localidad, entidad federativa).

Teléfono y número de fax, en caso de ser foráneo indicar la clave lada (opcional). Los datos deben ser congruentes según lo manifestado en la licencia sanitaria, solicitud de la misma o aviso de funcionamiento.

2.- ACTIVIDAD REGULADA:

Indicar la actividad regulada, el informe anual deberá de entregarse por cada una de las actividades reguladas.

3.- SUJETO (PERSONA FISICA O MORAL) CON QUIEN REALICE LA ACTIVIDAD REGULADA

Nombre de la persona física o la Razón Social del sujeto conforme al acta constitutiva.

Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.).

Licencia Sanitaria del establecimiento que va a realizar el informe; indicar el número o en su defecto el de la solicitud de la Licencia o Aviso de Funcionamiento (anotar clave del giro).

Domicilio: Indicar la ubicación del establecimiento que va a realizar la actividad regulada (calle, número, colonia, código postal, localidad, entidad federativa).

Teléfono y número de fax, en caso de ser foráneo indicar la clave lada (opcional). Los datos deben ser congruentes según lo manifestado en la licencia sanitaria, solicitud de la misma o aviso de funcionamiento.

4.- CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO:

Nombre Comercial del producto: indicar cómo se conoce comercialmente el producto conforme a la hoja de seguridad.

Nombre Químico del producto: indicar el nombre químico del producto conforme a la clasificación internacional de sustancias químicas IUPAC.

Cantidad anual utilizada en la actividad regulada: indicar la cantidad total de la actividad regulada con número y letra.

Unidad de medida expresado en Kilogramos (Kg) o Litros (l), anotar la abreviatura correspondiente.

Nombre y firma autógrafa del propietario o representante legal de la empresa.

CONSIDERACIONES GENERALES

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-99

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

CUANDO EL SOLICITANTE DEBA ACREDITAR SU PERSONALIDAD, SOLAMENTE DEBE MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO IDENTIFIQUEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE)

SI EL TRAMITE SE ENVIA POR CORREO CERTIFICADO O MENSAJERIA, DEBERA HACERLO CON PORTE PAGADO PARA EL ENVIO DE LA RESOLUCION CORRESPONDIENTE.

ESTE TRAMITE NO REQUIERE DOCUMENTOS ANEXOS.

EN EL CASO EN QUE EL ESPACIO DEL FORMATO SEA INSUFICIENTE, DEBERA ANEXAR HOJAS TANTO SEAN NECESARIAS.

POR CADA SUJETO CON QUIEN EFECTUE LA ACTIVIDAD REGULADA DEBERA PRESENTAR UN FORMATO POR SEPARADO.



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

NO. DE FOLIO

SSA-05-015 AVISO DE IMPORTACION O EXPORTACION DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

IMPORTACION

EXPORTACION

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		R.F.C.	No. LICENCIA SANITARIA O AVISO DE FUNCIONAMIENTO	
DOMICILIO(CALLE Y NUMERO)		COLONIA	CODIGO POSTAL	
LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO Y/O FAX

2.- CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO

NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE QUIMICO O SINONIMOS (IUPAC)	ESTADO FISICO		
		SOLIDO <input type="checkbox"/>	LIQUIDO <input type="checkbox"/>	GAS <input type="checkbox"/>
		CONCENTRACION (%)	DATOS TOXICOLOGICOS	
CANTIDAD O VOLUMEN (letra y número)		UNIDAD DE MEDID* <input type="checkbox"/> Kg. <input type="checkbox"/> L		
TIPO DE ENVASE Y CAPACIDAD	VALOR TOTAL EN DOLARES (letra y número)			
ADUANA (s) DE ENTRADA/SALIDA	PAIS DE ORIGEN			
	PAIS DE PROCEDENCIA/DESTINO			
FECHA EN QUE SE VA A REALIZAR EL MOVIMIENTO DEL PRODUCTO				

Declaro bajo protesta de decir verdad, que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, ésto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

_____ A ____ DE _____ DE _____.



SSA-05-015

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO RESPECTO DE ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS 5-4-80-20-00 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 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO.

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.
Página 1 de 2

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-05-015 AVISO DE IMPORTACION O EXPORTACION DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social de la Empresa: indicar conforme al acta constitutiva.
Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.).
Licencia sanitaria del establecimiento que va a realizar la importación/exportación; indicar el número o en su defecto el de la solicitud de la Licencia o Aviso de Funcionamiento (anotar clave del giro).
Domicilio: indicar la ubicación del establecimiento que va a realizar la importación/exportación (calle, número, colonia, código postal, localidad, estado).
Teléfono y número de fax, en caso de ser foráneo indicar la clave lada (opcional). Los datos deben ser congruentes según lo manifestado en la licencia sanitaria, solicitud de la misma o aviso de funcionamiento.

2.- CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO:

Nombre Comercial del producto: indicar cómo se conoce comercialmente el producto conforme a la hoja de seguridad.

Nombre Químico del producto: indicar el nombre químico del producto conforme IUPAC.

Estado físico: indicar con una "X" el cuadro correspondiente, del estado físico de la sustancia a importar o exportar (sólido, líquido o gas).

Concentración: indicar la concentración en porcentaje de la sustancia a importar o exportar.

Datos Toxicológicos: indicar la DL50 en mg/kg. Oral agua en ratas; para el caso de sustancias sólidas o líquidas y, CL50 en mg/l., inhalación ratas, para el caso de gases.

Cantidad a importar o exportar: indicar la cantidad total a importar o exportar con número y letra.

Unidad de medida expresado en Kilogramos (kg) o litros (l), indicar con una "X" el cuadro que corresponda.

Envase y capacidad: indicar el tipo de envases (autotanque, carrotanque, bote de lámina, tambo, frasco de vidrio, etc.) que contiene el producto, señalando la capacidad del mismo expresado en kilogramo o litros.

Anotar el valor total en dólares de la sustancia a importar o exportar, con número y letra.

Aduana de entrada/salida: indicar la(s) aduana(s) de entrada/salida del producto (no deberá exceder más de 3).

País de origen: indicar el nombre del país donde se fabricó el producto a importar o exportar; sólo se pueden registrar tres países de origen.

País de procedencia/destino: indicar el nombre del país de procedencia/destino.

Fecha en que se va a realizar el movimiento del producto, se deberá especificar. (día, mes y año).

Nombre y firma autógrafa del propietario o representante legal de la empresa.

CONSIDERACIONES GENERALES

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

**CUANDO EL SOLICITANTE DEBA ACREDITAR SU PERSONALIDAD, SOLAMENTE DEBE MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO IDENTIFIQUEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE)
SI EL TRAMITE SE ENVIA POR CORREO CERTIFICADO O MENSAJERIA, DEBERA HACERLO CON PORTE PAGADO PARA EL ENVIO DE LA RESOLUCION CORRESPONDIENTE.**

ESTE TRAMITE NO REQUIERE DE DOCUMENTOS ANEXOS.



SECRETARIA DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
 DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

NO. DE FOLIO

SSA-05-016 AVISO DE DESVIO O ACTIVIDADES IRREGULARES DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		R.F.C.	
DOMICILIO(CALLE Y NUMERO)		COLONIA	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO Y/O FAX

2.- VOLUMEN EXTRAORDINARIO DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES

3.- METODOS DE PAGO O ENTREGA INUSUAL

4.- CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE INVOLUCRE UN DESVIO

5.- POR SUJETOS CUYA DESCRIPCION O CARACTERISTICAS COINCIDAN CON INFORMACION PROPORCIONADA PREVIAMENTE POR CUALQUIERA DE LAS DEPENDENCIAS

6.- DESAPARICION O MERMA INUSUAL DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES: DESAPARICION MERMA

Declaro bajo protesta de decir verdad, que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, ésto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL.

_____ A _____ DE _____ DE _____.



SSA-05-016

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO RESPECTO DE ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS 5-4-80-20-00 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 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-05-016 AVISO DE DESVIO O ACTIVIDADES IRREGULARES DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social de la Empresa: indicar conforme al acta constitutiva, la razón social de la persona moral o en su caso, el nombre de la persona física que presenta este aviso.

Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.).

Domicilio: Indicar la ubicación del establecimiento que va a realizar el aviso (calle, número, colonia, código postal, localidad, estado).

Teléfono y número de fax, en caso de ser foráneo indicar la clave lada (opcional). Los datos deben ser congruentes según lo manifestado en la licencia sanitaria, solicitud de la misma o aviso de funcionamiento.

2.- VOLUMEN EXTRAORDINARIA DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES:

Anotar el nombre(s) químico(s) de (los) productos(s) conforme a la clasificación internacional de sustancias químicas (IUPAC), que tuvieron volumen extraordinario.

Anotar el nombre(s) comercial(es) del (los) producto(s) como se conoce(n) comercialmente, que tuvieron un volumen extraordinario.

Indicar la(s) cantidad(es) con número y letra; y enunciando las unidades de medida utilizadas: Kilogramos (Kg) o litros (L).

Ejemplo:

NOMBRE(S) QUIMICOS	NOMBRE(S) COMERCIAL(ES)	CANTIDAD(ES) O VOLUMEN (LETRA Y NUMERO)	UNIDAD DE MEDIDA	
			Kg. <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>

3.- METODOS DE PAGO O ENTREGA INUSUAL

Indicar de manera clara cómo se llevó a cabo el pago y/o entrega inusual que realizó de químicos esenciales.

4.- CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE INVOLUCRE UN DESVIO

Indicar de manera clara (la(s) circunstancia(s) que motivaron un desvío de productos químicos esenciales.

5.- POR SUJETOS CUYA DESCRIPCION O CARACTERISTICAS COINCIDAN CON INFORMACION PROPORCIONADA PREVIAMENTE POR CUALQUIERA DE LAS DEPENDENCIAS

Describir las características.

6.- DESAPARICION O MERMA INUSUAL DE PRODUCTOS QUIMICOS ESENCIALES:

Deberá marcar con una X el cuadro de la modalidad de la cual da aviso: Desaparición Merma Inusual

Deberá indicar la actividad en que ocurrió la desaparición o merma inusual: Adquisición; Momento de la Importación; Momento de la Exportación; Transporte; Almacenamiento; Distribución; Mezclado; Envasado; otros especifique.

Deberá anotar la información del producto(s) conforme al punto número 2.- de este instructivo; indicando el lugar, fecha y hora en que ocurrió el evento, ejemplo:

ACTIVIDAD EN LA QUE OCURRIO LA DESAPARICION O MERMA INUSUAL	NOMBRE(S) QUIMICOS	NOMBRE(S) COMERCIALES	CANTIDAD(ES) O VOLUMEN (LETRA Y NUMERO)	UNIDAD DE MEDIDA KG L	LUGAR, FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL EVENTO
ADQUISICION					
MOMENTO DE LA IMPORTACION					
MOMENTO DE LA EXPORTACION					
TRANSPORTE					
ALMACENAMIENTO					
DISTRIBUCION					
MEZCLADO					
ENVASADO					
OTRO					
ESPECIFIQUE					

CONSIDERACIONES GENERALES

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

CUANDO EL SOLICITANTE DEBA ACREDITAR SU PERSONALIDAD, SOLAMENTE DEBE MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO IDENTIFIQUEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE).

SI EL TRAMITE SE ENVIA POR CORREO CERTIFICADO O MENSAJERIA, DEBERA HACERLO CON PORTE PAGADO PARA EL ENVIO DE LA RESOLUCION CORRESPONDIENTE.

EN EL CASO EN QUE EL ESPACIO SEA INSUFICIENTE EN EL FORMATO, DEBERA ANEXAR HOJAS TANTO SEAN NECESARIAS.

ESTE TRAMITE NO REQUIERE DE DOCUMENTOS ANEXOS.