

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.

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 Regulación de los Servicios de Salud, con fundamento en los artículos 10, fracción XII; 23, fracciones IV, 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 REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

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 Regulación de los Servicios de Salud.

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-06-001	LICENCIA SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS MEDICOS.	SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA
SSA-06-002	AVISO DE FUNCIONAMIENTO.	AVISO DE FUNCIONAMIENTO
SSA-06-003	AVISO DE DESIGNACION, RENUNCIA O SUSTITUCION DE RESPONSABLE SANITARIO.	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO
SSA-06-004	PERMISO DE CONSTRUCCION, AMPLIACION, REHABILITACION, ACONDICIONAMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS MEDICOS.	SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO DE CONSTRUCCION DE ESTABLECIMIENTOS MEDICOS
OTROS TRAMITES		
SSA-06-005	PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS.	
SSA-06-005-A	DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS.	PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS (FORMATO MULTIPLE)
SSA-06-005-B	TRASLADO DE CADAVERES	
SSA-06-005-C	INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL.	
SSA-06-005-D	EXHUMACION PREMATURA.	
SSA-06-005-E	EXHUMACION.	
SSA-06-005-F	INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES (SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO).	
SSA-06-006	INSCRIPCION, MODIFICACION (DESIGNACION, RENUNCIA O SUSTITUCION DE MIEMBROS) Y PRESENTACION DE INFORMES EN MATERIA DE COMISIONES DE INVESTIGACION, ETICA Y BIOSEGURIDAD.	
SSA-06-006-A	INSCRIPCION Y MODIFICACION (DESIGNACION, RENUNCIA O SUSTITUCION DE MIEMBROS).	COMISIONES DE INVESTIGACION, ETICA Y BIOSEGURIDAD
SSA-06-006-B	PRESENTACION DE INFORMES.	(FORMATO MULTIPLE)

SEGUNDO. Los formatos a que se refiere el punto anterior podrán 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 de los trámites a que se refiere este Aviso, la orientación e información necesarias para el llenado del formato respectivo.

CUARTO. La Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud 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.

QUINTO. Los formatos a que se refiere el Aviso, se aplicarán a los siete días naturales siguientes 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 Regulación de los Servicios de Salud, conforme a los formatos que se utilizaban al momento de la publicación de este Aviso.

México, D.F., a 1 de junio de 1999.- La Directora General de Regulación de los Servicios de Salud, **Georgina Velázquez Díaz**.- Rúbrica.



**SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-06-001 SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO				R.F.C.			
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR		NUMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA O LOCALIDAD		CODIGO POSTAL	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO (S)		NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL INTERESADO NO REALIZA EL TRAMITE)	

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL				TIPO DE INSTITUCION <input type="checkbox"/> PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> SOCIAL			
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR		NUMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA O LOCALIDAD		CODIGO POSTAL	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO (S) Y/O FAX			

3.- SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA PARA

<input type="checkbox"/> PUBLICO		<input type="checkbox"/> PRIVADO		<input type="checkbox"/> HOSPITALES DONDE SE PRACTIQUEN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS <input type="checkbox"/> HOSPITALES CON DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS CON FINES TERAPEUTICOS <input type="checkbox"/> HOSPITALES CON BANCO DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS			
NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS		NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL DEL RESPONSABLE SANITARIO		FECHA DE INICIO DE OPERACIONES DIA MES AÑO			

4.- DOCUMENTOS ANEXOS

PARA TODOS LOS HOSPITALES:	
<input type="checkbox"/>	PLANOS Y MEMORIA DESCRIPTIVA
<input type="checkbox"/>	CURRICULUM VITAE DEL DIRECTOR
<input type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO
PARA LOS HOSPITALES CON DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS CON FINES TERAPEUTICOS , O CON BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS	
<input type="checkbox"/>	COPIA DE LA LICENCIA SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS
<input type="checkbox"/>	COPIA DEL ACTA DE INSTALACION DEL COMITE INTERNO DE TRANSPLANTES
<input type="checkbox"/>	COPIA DEL PROTOCOLO DE TRABAJO DEL ESTABLECIMIENTO EN MATERIA DE TRANSPLANTES

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
---------------	---



SSA-06-001

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

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-480-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-3372, O AL TELEFONO 5-553-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

5.- CUESTIONARIO Y OTROS SERVICIOS

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-06-001 SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA

- DATOS DEL PROPIETARIO:**
 Anotar el nombre completo de la persona física (nombre (s), apellido paterno y materno) o moral propietaria del establecimiento.
 Anotar la Clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al propietario.
 Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del propietario o representante legal.
 Anotar el nombre del representante legal solo si el interesado no realiza el trámite.
- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**
 Anotar el nombre o razón social del establecimiento, sin utilizar nombre abreviado o común con el que sea conocido.
 Ejemplo: Hospital de Ginecobstetricia Nuestra Señora de la Luz.
 Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del establecimiento.
 Marcar con una X el tipo de institución a que corresponde el establecimiento, pública o privada.
- SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA PARA:**
 Marcar con una X el tipo de establecimiento para el cual se solicita la licencia sanitaria. Si es el caso, podrá solicitar más de una licencia sanitaria. (ejemplo: disposición de órganos y tejidos y banco de órganos y tejidos).
 Anotar el número de la Clase de la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos que corresponda a la actividad del establecimiento (el dato se puede obtener preguntando a la autoridad sanitaria ante la cual se realiza el trámite).
 Anotar el número de cédula profesional del responsable sanitario.
 Anotar con números arábigos, la fecha en que inició operaciones el establecimiento. Ejem: 08-09-99 para señalar el 8 de septiembre de 1999.
- DOCUMENTOS ANEXOS:**
 Marcar con una X los documentos que acompañan al formato, según el trámite que corresponda.
 Anotar el lugar y fecha en que se presenta el trámite. En el recuadro inferior, firma autógrafa del propietario o representante legal.
- CUESTIONARIO Y OTROS SERVICIOS:**
 Anotar con números arábigos el número de camas censables y no censables, quirófanos y salas de expulsión del establecimiento.
 Marcar con una X los servicios con que específicamente cuenta el establecimiento.

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

EL REPRESENTANTE LEGAL, DEBERÁ MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO ACREDITEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE).
LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.

Página 2 de 2



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-06-002 AVISO DE FUNCIONAMIENTO

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO				R.F.C.			
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR		NUMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA O LOCALIDAD		CODIGO POSTAL	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO (S)		NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL INTERESADO NO REALIZA EL TRAMITE)	

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL							
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR		NUMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA O LOCALIDAD		CODIGO POSTAL	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO (S) Y/O FAX			

3.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO

<input type="checkbox"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> CENTROS DE TATUAJE <input type="checkbox"/> DISPOSICION DE CADAVERES		DE ATENCION MEDICA: <input type="checkbox"/> AMBULANCIAS <input type="checkbox"/> LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS <input type="checkbox"/> CONSULTORIOS <input type="checkbox"/> CLINICAS DENTALES <input type="checkbox"/> HOSPITALES DONDE NO SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS					
NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS		NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL DEL RESPONSABLE SANITARIO		FECHA DE INICIO DE LABORES		DIA MES AÑO	

3.1 EN EL CASO DE AMBULANCIAS

Nº.	MARCA	MODELO	Nº. DE PLACAS	Nº. DE MOTOR	URGENCIAS	
					EQUIPADA	NO EQUIPADA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

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 declaraciones dadas a una autoridad.

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	
---------------	---	--

SSA-06-002

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

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-480-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-33-72, O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

SSA-06-002 AVISO DE FUNCIONAMIENTO

1.- DATOS DEL PROPIETARIO:

Anotar el nombre completo de la persona física (nombre (s), apellidos paterno y materno) o moral, propietaria del establecimiento.

Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al propietario.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del propietario o representante legal.

Anotar el nombre del representante legal solo si el interesado no realiza el trámite.

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Anotar el nombre o razón social del establecimiento, sin utilizar nombre abreviado o común con el que sea conocido.

Ejemplo Hospital de Ginecobstetricia Nuestra Señora de la Luz.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del establecimiento.

3.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO:

Marcar con una X el tipo de establecimiento para el cual se realiza el trámite.

Anotar el número de la clase de la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos que corresponda a la actividad del establecimiento (el dato se puede obtener preguntando a la autoridad sanitaria ante la cual se realiza el trámite).

Anotar el número de cédula profesional del responsable sanitario.

Anotar con números arábigos, la fecha en que inició operaciones el establecimiento. Ejemplo: 08-09-99 para señalar el 8 de septiembre de 1999.

4.- EN EL CASO DE AMBULANCIAS:

Anotar los datos que correspondan a marca, modelo, número de placas y número de motor; en el caso de ambulancias de urgencias, marcar con una X según se trate de ambulancias equipadas o no equipadas.

Anotar el lugar y fecha en que se presenta el trámite.

Firma autógrafa del propietario o representante legal del establecimiento.

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
EL REPRESENTANTE LEGAL, DEBERA MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO ACREDITEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE).
ESTE TRAMITE NO REQUIERE DOCUMENTOS ANEXOS.



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-06-003 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA
1.- DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL INTERESADO NO REALIZA EL TRAMITE)

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		R.F.C.	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)	NOMBRE DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

2.1.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO

<input type="checkbox"/>	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DONDE NO SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS
<input type="checkbox"/>	DISPOSICION DE CADAVERES
<input type="checkbox"/>	AMBULANCIAS
<input type="checkbox"/>	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS
<input type="checkbox"/>	SERVICIOS AUXILIARES AL TRATAMIENTO MEDICO CON DISPOSICION Y BANCOS DE ORGANOS Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS
<input type="checkbox"/>	CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL, ESPECIALIDAD, ODONTOLOGICOS Y CLINICAS DENTALES
<input type="checkbox"/>	LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS AUXILIARES AL DIAGNOSTICO MEDICO

3.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S):	
NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL	PROFESION / ESPECIALIDAD		

4.- TIPO DE TRAMITE

<input type="checkbox"/>	DESIGNACION SUSTITUCION	<input type="checkbox"/>	RENUNCIA
--------------------------	-------------------------	--------------------------	----------

5.- DOCUMENTOS ANEXOS

<input type="checkbox"/>	ORIGINAL DE CARTA DE DESIGNACION, FIRMADA POR EL PROPIETARIO O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO
--------------------------	---

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 declaraciones dadas a una autoridad.

LUGAR Y FECHA	
FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO

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

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-480-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-3372, O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.



SSA-06-003

Página 1 de 2

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-06-003 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

1.- DATOS DEL PROPIETARIO:

Anotar el nombre completo de la persona física (nombre (s), apellidos paterno y materno) o moral, propietaria del establecimiento.

Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al propietario.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del propietario o representante legal.

Anotar el nombre del representante legal solo si el interesado no realiza el trámite.

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Anotar el nombre o razón social del establecimiento, sin utilizar nombre abreviado o común con el que sea conocido.

Ejemplo Hospital de Ginec Obstetricia Nuestra Señora de la Luz.

Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al establecimiento.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del establecimiento.

Anotar el número de la Clase de la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos que corresponda a la actividad del establecimiento (el dato se puede obtener preguntando a la autoridad sanitaria ante la cual se realiza el trámite).

2.1.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO:

Marcar con una X el tipo de establecimiento para el cual se realiza el trámite.

3.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:

Anotar el nombre completo, con apellidos paterno y materno.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional).

Anotar el número de cédula profesional.

Anotar la profesión o, en su caso, especialidad.

4.- TIPO DE TRAMITE:

Marcar con una X el tipo de trámite que corresponda.

5.- DOCUMENTOS ANEXOS:

Marcar con una X el documento que se anexa al aviso de responsable.

Anotar el lugar y fecha en que se presenta el trámite.

Firma autógrafa del propietario o representante legal del establecimiento.

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

EL REPRESENTANTE LEGAL, DEBERA MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO ACREDITEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE).

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 REGULACION DE LOS SERVICIOS
DE SALUD

ANTES DE LLENAR EL FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO

SSA-06-004 SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO DE CONSTRUCCION
DE ESTABLECIMIENTOS MEDICOS

LLENESE CON LETRA DE MOLDE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO	R.F.C.
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR, NUMERO O LETRA INTERIOR, COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO, CODIGO POSTAL, ENTIDAD FEDERATIVA, TELEFONO (S)	

2.- DATOS DEL PERITO RESPONSABLE

NOMBRE:	No. DEL PERITO:
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR, NUMERO O LETRA INTERIOR, COLONIA O LOCALIDAD	No. DE CEDULA PROFESIONAL:
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO, CODIGO POSTAL, ENTIDAD FEDERATIVA, TELEFONO (S)	

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO


NOMBRE:		
DOMICILIO CALLE, NUMERO EXTERIOR, NUMERO O LETRA INTERIOR COLONIA O LOCALIDAD		
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO, CODIGO POSTAL, ENTIDAD FEDERATIVA TELEFONO (S)		
NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS	HORARIO DE FUNCIONAMIENTO	FECHA DE INICIO DE LA OBRA DIA MES AÑO

4.- CONCEPTOS

<input type="checkbox"/> OBRA NUEVA REHABILITACION	<input type="checkbox"/> AMPLIACION	<input type="checkbox"/>	SUPERFICIE DEL TERRENO
<input type="checkbox"/> ACONDICIONAMIENTO O EQUIPAMIENTO REGULARIZACION	<input type="checkbox"/>		

5.- DOCUMENTOS ANEXOS

<input type="checkbox"/> ORIGINAL Y COPIA DEL PROGRAMA MEDICO Y PROYECTO MEDICO-ARQUITECTONICO		
<input type="checkbox"/> ORIGINAL Y COPIA DE LOS PLANOS Y MEMORIA DESCRIPTIVA		
<input type="checkbox"/> ORIGINAL Y COPIA DEL PROGRAMA MEDICO-ARQUITECTONICO EN EL QUE SE CONSIDEREN, COMO MINIMO, LAS AREAS PARA CADA TIPO DE HOSPITAL, SEGUN SU COMPLEJIDAD		
LUGAR Y FECHA	NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL PERITO RESPONSABLE



SSA-06-004

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

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-480-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-3372, O AL TELEFONO 5-553-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-06-004 SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO DE CONSTRUCCION DE ESTABLECIMIENTOS MEDICOS

1.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Anotar el nombre completo (nombre (s), apellidos paterno y materno) de la persona que solicita el trámite (propietario o representante legal).

Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al propietario.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico de la persona que solicita el trámite.

2.- DATOS DEL PERITO RESPONSABLE:

Anotar el nombre completo con apellidos paterno y materno, del perito responsable de la obra (arquitecto, compañía constructora, o perito).

Anotar en su caso el número de perito que corresponda.

Anotar el número de cédula profesional.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico.

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Anotar la denominación completa oficial que corresponda al establecimiento, sin utilizar nombre abreviado o común con el que sea conocido.

Ejemplo Hospital de Ginec Obstetricia Nuestra Señora de la Luz.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico del establecimiento.

Anotar el número de la clase de la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos que corresponda a la actividad del establecimiento (el dato se puede obtener preguntado a la autoridad sanitaria ante la cual se realiza el trámite).

Anotar el horario de funcionamiento del establecimiento.

Anotar con números arábigos, la fecha de inicio de la obra. Ejemplo 08-09-99 para señalar el 8 de septiembre de 1999.

4.- CONCEPTOS:

Marcar con una X el concepto que corresponda al permiso solicitado.

Anotar la superficie del terreno en donde se llevará a cabo la obra para la que se solicita permiso.

5.- DOCUMENTOS ANEXOS:

Marcar con una X los documentos que acompañan al formato, según el trámite que corresponda.

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 UNIDAD DE DESREGULACION ECONOMICA: 08-IV-1999

EL REPRESENTANTE LEGAL, DEBERA MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO ACREDITEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE).

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 REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

SSA-06-005 PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS
Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS

MODALIDAD DEL TRAMITE

A DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS (INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL).	B TRASLADO DE CADAVERES	C INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL.
D EXHUMACION PREMATURA.	E EXHUMACION	F INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	Nº. LICENCIA SANITARIA
CODIGO POSTAL	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)

2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		R.F.C.	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	Nº. DE CEDULA PROFESIONAL
CODIGO POSTAL	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)

3.- DISPOSICION DE CADAVERES HUMANOS

MODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACION
A. INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS	PROCEDENCIA LUGAR DE DESTINO	
B. TRASLADO DE CADAVERES	LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C. INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL	PROCEDENCIA O DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D. EXHUMACION PREMATURA	LUGAR DE LA INHUMACION	MOTIVOS DE LA EXHUMACION Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
E. EXHUMACION	LUGAR DE DESTINO	
F. INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO	LUGAR DONDE SE REALIZARA	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

4.- DATOS DEL FINADO

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		EDAD
SEXO	HORA Y FECHA DE LA DEFUNCION	CAUSA DE LA DEFUNCION

5.- DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		PARENTESCO	FIRMA
DOMICILIO			

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO (EXCLUSIVAMENTE PARA LA MODALIDAD DEL TRAMITE A INTERNACION O SALIDA).
---------------	--



SSA-06-005

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

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-480-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-3372, O AL TELEFONO 5-553-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

Página 1 de 3

6.-RESOLUCION

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SSA	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO QUE OTORGA LA AUTORIZACION
------------------------------	---

7.-DOCUMENTOS ANEXOS

- A. PARA LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS.

INTERNACION AL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS

- Original de la certificación de un médico con título legalmente expedido, de las circunstancias previas al fallecimiento de la persona de cuyo cadáver se hubieren extraído los órganos, tejidos y sus componentes y células que se pretenden internar.
- Original de la documentación constitutiva de la institución que realice la internación.

DEL ESTABLECIMIENTO EN EL EXTRANJERO

- Documento que acredite el funcionamiento legal del establecimiento que otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células.
- Autorización del gobierno para la salida de órganos, tejidos y sus componentes y células del país.
- Constancia de que el establecimiento otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células a título gratuito.
- Certificación de que los órganos, tejidos y sus componentes y células, están exentos de cualquier patología
- Documentación sobre la vía de entrada al territorio nacional.

SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS.

Original de la certificación de un médico con título legalmente expedido, de las circunstancias previas al fallecimiento de la persona de cuyo cadáver se hubieren extraído los órganos, tejidos y sus componentes y células.

Original de la documentación constitutiva de la institución que realice la salida del país.

DEL ESTABLECIMIENTO EN EL PAIS.

Documento que acredite el funcionamiento legal del establecimiento que otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células.

Constancia de que el establecimiento otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células a título gratuito.

Certificación de que los órganos, tejidos y sus componentes y células, están exentos de cualquier patología.

Documentación sobre la vía de salida del territorio nacional.

B. PARA EL TRASLADO DE CADAVERES

Certificado y acta de defunción.

Comprobante de la tesis de embalsamamiento, en caso de que la distancia por recorrer sea mayor a 300 kms. o transcurran más de 48 horas. a partir del momento de la defunción.

Carta poder del particular a la funeraria, asentando en ésta la vía de traslado aérea, terrestre o marítima a utilizar.

EMBALSAMAMIENTO

Solicitud escrita de algún disponente secundario, representante legal o quién demuestre interés jurídico, señalando la causa de la solicitud.

Original y copia del certificado de defunción.

Original y copia de la documentación que acredite la legitimación del solicitante y de los motivos de la solicitud. (credencial de elector o pasaporte vigente).

Página 2 de 3

C. PARA EL INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL.

INTERNAMIENTO DE CADAVERES

Certificado y acta de defunción, traducidos al español y certificados por las autoridades consulares mexicanas.

Comprobante de embalsamamiento, traducido al español y certificado por las autoridades consulares mexicanas, en el país donde ocurrió el deceso.

Permiso del traslado internacional otorgado por la autoridad sanitaria del país donde haya ocurrido el fallecimiento, traducido al español y certificado por las autoridades consulares mexicanas.

Original de la carta poder del particular a la agencia funeraria que efectúa el traslado, asentando la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).

INTERNAMIENTO DE RESTOS ARIDOS

Comprobante de inhumación.

- Información sobre la vía aérea, marítima o terrestre que se utilizará.
- Especificación del destino de los restos.

SALIDA DE CADAVERES

- Certificado o acta de defunción.
- Comprobante de la tesis de embalsamamiento.
- Original de la carta poder del particular a la agencia funeraria que efectúa el traslado, asentando en esta la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).

SALIDA DE RESTOS ARIDOS

- Comprobante de inhumación.
- Comprobante de exhumación como residuos cumplidos.
- Información sobre la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).
- Especificación del destino final de los restos.

D. PARA LA EXHUMACION PREMATURA

- Certificado o acta de defunción.
- Comprobante de inhumación.
- Orden girada por Ministerio Público o autoridad judicial, para la exhumación prematura.

E. PARA LA EXHUMACION

- Comprobante de inhumación.
- Original de la carta Poder del particular hacia la agencia funeraria, asentando en ésta la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).
- Identificación del solicitante (credencial de elector o pasaporte vigente).
- Especificación del destino final de los restos.

F. PARA LA INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HRS. O DESPUES DE 48 DE OCURRIDO EL DECESO.

- Certificado o acta de defunción.
- Comprobante de la tesis del embalsamamiento, cuando se realice la inhumación o incineración después de las 48 horas de haber ocurrido el fallecimiento.
- Acta de no inconveniencia de la Procuraduría General de Justicia del Distrito federal o su equivalente en el resto de las entidades federativas. En caso de existir investigación judicial relacionada con la causa de la defunción.
- Acta médica del servicio forense.
- Oficio de identificación de la autoridad Judicial competente si se trata de un cadáver no identificado.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-06-005 PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS.

MODALIDAD DEL TRAMITE

**El formato establece seis modalidades de trámite, marcar con una X la que solicita.
(Internación o Salida del territorio nacional, utilizar un formato para cada trámite)**

- 1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO (Exclusivamente para la modalidad del trámite A)
 Anotar el nombre o razón social del establecimiento, sin utilizar nombre abreviado o común con el que sea conocido.
 Ejemplo Hospital de Ginecobstetricia Nuestra Señora de la Luz.
 Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del establecimiento.
 Anotar la Clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al establecimiento.
 Anotar el número de licencia sanitaria del establecimiento.
- 2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO (Exclusivamente para la modalidad del trámite A)
 Anotar el nombre completo con apellidos paterno y materno del responsable sanitario.
 Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del responsable sanitario.
 Anotar la Clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al responsable sanitario.
 Anotar el número de cédula profesional del responsable sanitario.
- 3.- DISPOSICION DE CADAVERES HUMANOS
 Anotar en el renglón que corresponda a la modalidad solicitada, el dato de procedencia o destino y en su caso, marcar con una X el tipo de especificación que se requiera para cada trámite. Ejemplo A Internación o salida del territorio nacional de órganos, tejidos y sus componentes y células.
 Si se trata de internación, anotar la ciudad y país de procedencia.
 Si se trata de salida, anotar la ciudad y país de destino.
 Las modalidades **B, C, D, E, y F,** se refieren a permisos para el traslado, exhumación o disposición final de cadáveres dentro o fuera del territorio nacional.
- 4.- DATOS DEL FINADO
 Anotar el nombre completo, edad, sexo, hora, fecha y causa de la defunción, para cuyo cadáver se solicita el permiso correspondiente. No aplica esta información, para la modalidad "A".
- 5.- DATOS DEL SOLICITANTE
 Anotar el nombre completo, parentesco con el finado, domicilio y firma de la persona que solicita el permiso para el traslado, exhumación o disposición final del cadáver.
- 6.- RESOLUCION
 Para uso exclusivo de la Autoridad Sanitaria.
 Marcar con una X los documentos que se anexan, según corresponda al trámite a realizar.
 Anotar el lugar y fecha en que se presenta el trámite.
 Firma autógrafa del responsable sanitario, exclusivamente para la modalidad del trámite A en cualquiera de sus dos modalidades (internación o salida del territorio nacional de órganos, tejidos y sus componentes y células), previo llenado de los puntos 1 y 2 de este formato.

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 3 de 3



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

SSA-06-006 COMISIONES DE INVESTIGACION, ETICA Y BIOSEGURIDAD

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE:				NO. DE CEDULA PROFESIONAL	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL		
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO(S)		

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE:				R.F.C.	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL		
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO(S)	NOMBRE DEL RESPONSABLE LEGAL (SOLO SI EL INTERESADO NO REALIZA EL TRAMITE)	

3.- NOMBRE DE LA COMISION DE QUE SE TRATE

4.- MODALIDAD DEL TRAMITE

<input type="checkbox"/>	INVESTIGACION <input type="checkbox"/> ETICA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION POR: <input type="checkbox"/> DESIGNACION DE MIEMBROS <input type="checkbox"/> RENUNCIA DE MIEMBROS <input type="checkbox"/> SUSTITUCION DE MIEMBROS	<input type="checkbox"/>	PRESENTACION DE INFORMES
--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------

3.1 DE LA COMISION

NOMBRE DE QUIEN PRESIDE Y DE SUS INTEGRANTES	FUNCION QUE DESEMPEÑA	Nº DE CEDULA PROFESIONAL
NOMBRE DE LOS ASESORES O DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISION EXTERNA	INSTITUCION O DEPENDENCIA DE PROCEDENCIA	PROFESION

5.- PRESENTACION DE INFORMES

NOMBRE DE QUIEN PRESIDE CADA UNA DE LAS COMISIONES

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 declaraciones dadas a una autoridad.

LUGAR Y FECHA	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO



SSA-06-006

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

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-480-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-3372, O AL TELEFONO 5-553-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

6.- DOCUMENTOS ANEXOS

<p>INSCRIPCION DE COMISIONES</p> <p><input type="checkbox"/> ACTA DE INSTALACION DE CADA UNA DE LAS COMISIONES DE INVESTIGACION, ETICA O BIOSEGURIDAD.</p> <p><input type="checkbox"/> CURRICULUM VITAE DE QUIEN PRESIDE CADA UNA DE LAS COMISIONES.</p> <p>MODIFICACION (DESIGNACION, RENUNCIA O SUSTITUCION DE MIEMBROS)</p> <p><input type="checkbox"/> CARTA DE DESIGNACION, RENUNCIA O PROPUESTA DE SUSTITUCION, FIRMADA POR QUIEN PRESIDE LA COMISION DE QUE SE TRATE Y POR EL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO.</p> <p>PRESENTACION DE INFORMES</p> <p><input type="checkbox"/> INFORME ANUAL SOBRE LA INTEGRACION Y ACTIVIDADES DE LA COMISION, ENTREGADO DURANTE LOS PRIMEROS DIEZ DIAS HABLES DEL MES DE JULIO DE CADA AÑO.</p>

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-06-006 COMISIONES DE INVESTIGACION, ETICA Y BIOSEGURIDAD

1.- DATOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO:

- Anotar el nombre completo con apellidos paterno y materno del responsable.
- Anotar el número de cédula profesional que corresponda al responsable.
- Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico del responsable.

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

- Anotar la denominación completa oficial que corresponda al establecimiento, sin utilizar nombre abreviado o común con el que sea conocido.
- Ejemplo Hospital de Ginec Obstetricia Nuestra Señora de la Luz.
- Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al establecimiento.
- Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico del establecimiento.

3.- NOMBRE DE LA COMISION DE QUE SE TRATE:

Marcar con una X el tipo de comisión a que se refiere el trámite.

Anotar el nombre completo con apellidos paterno y materno, de quien preside la comisión de que se trate y el de sus integrantes.

Anotar la función que cada uno desempeña dentro de la comisión.

Anotar el número de cédula profesional de cada uno de los integrantes de la comisión.

En el caso de que la comisión de que se trate cuente con asesoría o integrantes externos (ajenos al establecimiento sede de la investigación), anotar el nombre completo con apellidos paterno y materno de cada uno de ellos.

Anotar la institución o dependencia de procedencia de cada uno de los asesores o integrantes externos de la comisión.

Anotar la profesión de cada uno de los asesores o integrantes externos de la comisión que corresponda.

4.- MODALIDAD DEL TRAMITE:

Marcar con una X la modalidad del trámite a realizar, utilizando un formato para cada trámite en particular. Ejemplo

Modificación por:

Designación de miembros.

5.- PRESENTACION DE INFORMES

Anotar el nombre completo con apellidos paterno y materno de quien preside cada una de las comisiones, utilizando un formato para cada comisión de la que se presenta el informe anual.

6.- DOCUMENTOS ANEXOS:

Marcar con una X los documentos que se anexan, según correspondan al trámite a realizar, inclusive la presentación del informe anual, cuando sea el caso.

Anotar el lugar y fecha donde se presenta el trámite.

Anotar nombre y firma del director del establecimiento.

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 UNIDAD DE DESREGULACION ECONOMICA: 08-IV-1999

EL REPRESENTANTE LEGAL, DEBERA MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO ACREDITEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE)

LOS DOCUMENTOS NO DEBERAN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.