

**AVISO por el que se dan a conocer los Formatos de los Trámites que aplica el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.**

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

La Secretaría de Salud, por conducto del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, con fundamento en los artículos 31, fracción V; 36, fracción XI, 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 EL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA**

**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 el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

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:

CLAVE	NOMBRE DEL TRAMITE	NOMBRE DEL FORMATO
CNTS-00-001	LICENCIA SANITARIA PARA BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION SANGUINEA.	
CNTS-00-001-A	EXPEDICION.	SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA (FORMATO MULTIPLE)
CNTS-00-001-B	MODIFICACION Y REVALIDACION.	
CNTS-00-002	AVISO DE MEDICO RESPONSABLE PARA BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION.	AVISO DE RESPONSABLE
CNTS-00-003	PERMISO DE INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES.	SOLICITUD DE PERMISO DE INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES

**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.** El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, proporcionará gratuitamente a quienes lo soliciten los formatos a que se refiere este Aviso, y los que expida con posterioridad o ya sea en forma impresa o a través de medios magnéticos que para el 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](http://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 el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, 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 del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, **Antonio Marín López**.- Rúbrica.



**SECRETARIA DE SALUD**  
 SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO  
 CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA (CNTS)

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

**CNTS-00-001-A y B 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		R.F.C.	USO EXCLUSIVO DE LA SSA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		No. ANTERIOR DE LICENCIA		
DOMICILIO: CALLE, NUMERO Y LETRA		No. DE ENTRADA DEL FORMATO		
COLONIA	CODIGO POSTAL			
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO				
LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA			
TELEFONO (S) Y/O FAX				
<b>SELLO Y FECHA DE RECIBIDO</b>				

**2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE		R.F.C.		
DOMICILIO: CALLE, NUMERO Y LETRA		COLONIA	CLAVE	
CODIGO POSTAL	ENTRE: CALLE	Y CALLE:	COLONIA	FECHA DE INICIO DE OPERACIONES
				D D M M A
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	CLAVE	LOCALIDAD	CLAVE	ENTIDAD FEDERATIVA

<b>3.- ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO</b>	<b>4.- No. DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS</b>	<b>5.- TIPO DE MOVIMIENTO</b>
<input type="checkbox"/> BANCO DE SANGRE <input type="checkbox"/> SERVICIO DE TRANSFUSION	PUBLICO                      PRIVADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EXPEDICION CNTS-00-001-A <input type="checkbox"/> REVALIDACION CNTS-00-001-B <input type="checkbox"/> MODIFICACION CNTS-00-001-B

**6.- DOCUMENTOS ANEXOS**

**7.- LUGAR Y FECHA**

<input type="checkbox"/> CROQUIS DE DISTRIBUCION DE LAS AREAS DEL BANCO DE SANGRE O DEL SERVICIO DE TRANSFUSION  <input type="checkbox"/> ORIGINAL DE LICENCIA SANITARIA (EN CASO DE REVALIDACION O MODIFICACION)	FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL  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 01-800-001-4800, 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.
---	---

En el Distrito Federal (CNTS), el formato se presenta en original y copia. En las entidades federativas (CETS), original y 2 copias.



CNTS-00-001-A y B

**CNTS-00-001-A y B SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA**

- 1.- En este recuadro se enunciaran los datos del propietario o razón social.
- 2.- Señalar los datos del establecimiento.
- 3.- Marcar con una X en el cuadro que corresponda, la actividad del establecimiento.
- 4.- Colocar el número de la CMAP en el cuadro que corresponda, de acuerdo al tipo de giro y al sector privado o público:

**CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS**

<b>GIRO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PUBLICO</b>
Banco de Sangre	923115	923216
Servicio de Transfusión	923115	923216

- 5.- Indicar el tipo de movimiento que solicita, marcando con una X el cuadro correspondiente.
- 6.- Documentos Anexos  
Original y copia de los documentos.  
Marcar con una X el cuadro o cuadros correspondiente(s) a los documentos que se anexan.  
El croquis deberá presentarse en hoja tamaño carta, señalando exclusivamente las áreas que ocupe el Banco de Sangre o el Servicio de Transfusión.
- 7.- Señalar el lugar y la fecha en donde se presenta la solicitud, así como la firma autógrafa del propietario o del 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  
 LOS RECUADROS 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).  
 LOS DOCUMENTOS NO DEBERAN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.



**SECRETARIA DE SALUD**  
 SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO  
 CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA (CNTS)

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

**CNTS-00-002 AVISO DE RESPONSABLE**

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

**1.- DATOS DEL RESPONSABLE**

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	R. F. C.
DOMICILIO: CALLE, NUMERO Y LETRA	COLONIA	CODIGO POSTAL	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO
LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO Y/O FAX	

**2.- AVISO PARA SER RESPONSABLE DE:**

<input type="checkbox"/> BANCO DE SANGRE	<input type="checkbox"/> SERVICIO DE TRANSFUSION
--	--

**3.- ESPECIALIDAD**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA CLINICA
--------------------------------------	--

<b>USO EXCLUSIVO DE LA SSA</b>
<b>SELLO Y FECHA DE RECIBIDO</b>

**4.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	R. F. C.		
DOMICILIO(CALLE, NUMERO Y LETRA)	COLONIA	CODIGO POSTAL	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO
LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO Y/O FAX	

**5.- DOCUMENTOS ANEXOS**

I.- PARA TODOS LOS CASOS: CEDULA PROFESIONAL DE MEDICO (ANVERSO Y REVERSO) Y TRES FOTOGRAFIAS DE FRENTE TAMAÑO "INFANTIL"

II.- PARA BANCO DE SANGRE, CUALQUIERA DE LAS ALTERNATIVAS SIGUIENTES: A, B, C.

A) CERTIFICACION ACTUALIZADA DEL CONSEJO MEXICANO DE HEMATOLOGIA  PATOLOGIA CLINICA

B) CONSTANCIA DE HABER CURSADO EL DIPLOMADO: "ORGANIZACION, DIRECCION Y ADMINISTRACION DE BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION"

C) COMPROBANTE DE IDONEIDAD DE: "ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS PARA RESPONSABLE DE BANCOS DE SANGRE EXPEDIDO POR CNTS".

III.- PARA SERVICIOS DE TRANSFUSION: UNICAMENTE PUNTO I

**6.- LUGAR Y FECHA**

Declaro bajo protesta de decir verdad, que cumplo con los requisitos y la 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.	
FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE	FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

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 5-480-20-00 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 5-553-70-90, DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.



CNTS-00-002

En el Distrito Federal (CNTS), el formato se presenta en original y copia. En las entidades federativas (CETS), original y 2 copias.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**CNTS-00-002 AVISO DE RESPONSABLE**

- 1.- En este recuadro se enunciarán los datos del propietario o razón social.
- 2.- Marcar con una X el cuadro que corresponda al giro del que se está dando de alta el responsable.
- 3.- Marcar con una X la especialidad en Hematología o Patología Clínica que ostente el responsable.
- 4.- Registrar la información indicada en los espacios. En el cuadro correspondiente al nombre del establecimiento inscribir el dato de la Institución a la que pertenece: SSA, IMSS, ISSSTE, ISEM, ISSSTECALI, ISSSTEP, SEDENA, PRIVADO, etc.
- 5.- Documentos Anexos  
En la fracción II, incisos B) y C), los documentos deberán tener vigencia de los últimos 3 años.
- 6.- Señalar la localidad y entidad, así como el día, mes y año en que se requisita el Aviso. En el recuadro inferior, escribir el nombre y la firma autógrafa del propietario o del 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**

**LOS RECUADROS 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) .**

**LOS DOCUMENTOS NO DEBERAN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.**

**ANEXAR COPIA DEL DOCUMENTO QUE CORRESPONDA, PRESENTANDO EL ORIGINAL PARA SU COTEJO, EN CASO DE SER REQUERIDO.**



**SECRETARIA DE SALUD**  
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO  
CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA (CNTS)

ANTES DE LLENAR EL FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO.

**CNTS-00-003 SOLICITUD DE PERMISO DE INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES**

LLÉNASE CON LETRA DE MOI DE LEGIBI E O A MAQUINA

**1.- SOLICITANTE**

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL		R.F.C.	No. Y FECHA DE LICENCIA SANITARIA (EN SU CASO)	<b>USO EXCLUSIVO DE LA SSA</b>
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL				
DOMICILIO: CALLE, NUMERO Y LETRA		COLONIA		
CODIGO POSTAL	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	LOCALIDAD		
ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO (S) Y/O FAX		<b>SELLO Y FECHA DE RECIBIDO</b>

**2.- PERMISO SANITARIO PARA:**2.1 SALIDA 2.2 INTERNACION 

FRACCION ARANCELARIA	No. DE		FRACCION ARANCELARIA	No. DE	
	MUESTRAS	UNIDADES		MUESTRAS	UNIDADES
* 3002.10-01 SUERO HUMANO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* 3002.10.01 SUEROS UNICAMENTE SUERO HUMANO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* 3002.10-02 PLASMA HUMANO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* 3002.10.06 PLASMA HUMANO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* 3002.10-05 PAQUETE GLOBULAR HUMANO UNICAMENTE: CONCENTRADO DE ERITROCITOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* 3002.10.99 LOS DEMAS UNICAMENTE CONCENTRADO DE ERITROCITOS; CRIOPRECIPITADO OBTENIDO EN BANCO DE SANGRE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* 3002.10.99 LOS DEMAS UNICAMENTE: CRIOPRECIPITADO OBTENIDO EN BANCO DE SANGRE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* 3002.90.99 LOS DEMAS UNICAMENTE SANGRE HUMANA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* 3002.90-01 SANGRE HUMANA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* OTROS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* OTROS	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**3.- DESCRIPCION DE LO SOLICITADO****4.- ADUANA**

4.1 ENTRADA

4.2 SALIDA

**5.- NOMBRE Y DOMICILIO DEL REMITENTE EN EL EXTRANJERO (INTERNACION)****6.- NOMBRE Y DOMICILIO DEL DESTINATARIO EN EL EXTRANJERO (SALIDA)****7.- DOCUMENTOS ANEXOS**

- \* Original del Certificado Sanitario del país de origen, de la sangre, componentes y células progenitoras hematopoyéticas.
- \* Original de la Carta de aceptación de la Institución o del profesional que realizará el estudio o investigación de las muestras, indicando nombre y domicilio
- \* Identificación del firmante de la solicitud (cédula profesional, pasaporte o credencial de elector).

**8.- LUGAR Y FECHA**

	FIRMA DEL SOLICITANTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL
--	---

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.

Este formato se presenta en original y copia  
Página 1 de 2



CNTS-00-003

**CNTS-00-003 SOLICITUD DE PERMISO DE INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES**

- 1.- En este recuadro se enunciaran los datos del propietario o razón social.
- 2.- Marcar con una X el cuadro que corresponda al tipo de modalidad que se solicita (Salida o Internación), señalar en el cuadro respectivo, el número de muestras o de unidades de sangre humana o de sus componentes, cuya salida o internación a territorio nacional se solicita.
- 3.- Describir las características de lo solicitado, enunciando las condiciones de transporte, envase, embalaje, volumen de cada muestra o unidad, medidas de protección, si el contenido es infectante o no, procedencia, periodicidad de envío o de recepción, propósito (fines de diagnóstico, de investigación, de docencia, terapéuticos).
- 4.- Anotar el nombre y lugar de la Aduana (Entrada o Salida).
- 5.- Señalar el nombre y domicilio de la persona o institución (en el extranjero) que remite los productos establecidos en la solicitud.
- 6.- Señalar el nombre y domicilio de la persona o institución (en el extranjero) a donde se destinarán.
- 8.- Señalar la localidad y entidad, así como el día, mes y año en que se requisita la Solicitud del Permiso. Firma autógrafa del solicitante o del 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

LOS RECUADROS 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).