

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Servicios de Salud

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-07
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso
203300592X0150

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía de llenado y los requisitos documentales.
Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

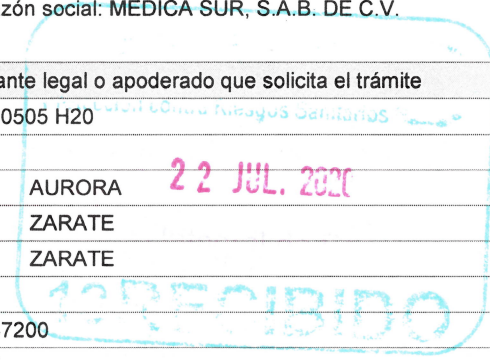
1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS-05-092	Nombre: AVISO DE REPOSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON SERVICIOS DE SANGRE.
Modalidad:	

2. Datos del propietario

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona moral	
RFC: MSU820125T58	
Denominación o razón social: MEDICA SUR, S.A.B. DE C.V.	
Representante legal o apoderado que solicita el trámite	
RFC: ZAZA 730505 H20	
CURP (opcional):	
Nombre(s): AURORA	
Primer apellido: ZARATE	
Segundo apellido: ZARATE	
Lada: 55	
Teléfono: 54247200	
Extensión: 3265	
Correo electrónico: azarate@medicasur.org.mx	



"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 14050

Tipo y nombre de vialidad:
CALLE PUENTE DE PIEDRA

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: 150 Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
COLONIA TORIELLO GUERRA

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)

Localidad:

Municipio o alcaldía: **ALCALDÍA TLALPAN**

Entidad Federativa: **CIUDAD DE MEXICO**

Entre vialidad (tipo y nombre): **CALLE SILLON DE MENDOZA**

Y vialidad (tipo y nombre): **CALLE XONTEPEC**

Vialidad posterior (tipo y nombre): **CALLE CUAUHEMOC**

Lada: 55

Teléfono: 54247200

Extensión:

3. Datos del establecimiento

Seleccione al sector que pertenece Público Social Privado

RFC: **MSU 820125 T58** Denominación o razón social: **MEDICA SUR BANCO DE SANGRE**

Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN	Descripción del SCIAN
621991	SERVICIOS DE BANCOS DE ORGANOS, BANCOS DE SANGRE Y OTROS SERVICIOS AUXILIARES AL TRATAMIENTO MEDICO PRESTADOS POR EL SECTOR PRIVADO.

Número de licencia sanitaria:

Nota: Si el espacio es insuficiente para las clave SCIAN adicione los renglones necesarios.

Responsable sanitario o responsable de operación

RFC: **BAGH 570305 KC4**

CURP (opcional):

Nombre(s): **HECTOR ALFREDO**

Primer apellido: **BAPTISTA**

Segundo apellido: **GONZALEZ**

Horario de operaciones del establecimiento

■	■	■	■	■	■	■	■	de	00:00	a	24:00		
D	L	M	M	J	V	S		de	HH : MM	a	HH : MM		
Fecha de inicio de operaciones:									DD	/	MM	/	AAAA

En caso de solicitud de licencia sanitaria de radioterapia, especifique:

Braquiterapia Teleterapia

RECIBIDO

22 JUL. 2021

Riesgos Sanitarios

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio del establecimiento

Código postal:	14050
Tipo y nombre de vialidad:	CALLE PUENTE DE PIEDRA
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	
Número exterior:	150
Número interior:	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	COLONIA TORIELLO GUERRA
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>	

Localidad:	
Municipio o alcaldía:	ALCALDIA TLALPAN
Entidad Federativa:	CIUDAD DE MEXICO
Entre vialidad (tipo y nombre):	CALLE SILLON DE MENDOZA
Y vialidad (tipo y nombre):	CALLE XONTEPEX
Vialidad posterior (tipo y nombre):	CALLE CUAUHEMOC
Lada:	55
Teléfono:	54247200
Extensión:	

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	AURORA
Primer apellido:	ZARATE
Segundo apellido:	ZARATE
Lada:	55
Teléfono:	54247200
Extensión:	3265
Correo electrónico:	azarate@medicasur.org.mx

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	MERCEDES
Primer apellido:	JIMENEZ
Segundo apellido:	URIBE
Lada:	55
Teléfono:	54247200
Extensión:	7229
Correo electrónico:	

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	IVETH SALOME
Primer apellido:	GALINDO
Segundo apellido:	ROBLES
Lada:	55
Teléfono:	54247200
Extensión:	7265
Correo electrónico:	igalindo@medicasur.org.mx

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

4. Datos del responsable de establecimiento de salud que opera con licencia sanitaria

Seleccione el área a la cual pertenece su establecimiento.

- Actos quirúrgicos y/u obstétricos
 Disposición o banco de órganos, tejidos o células
 Servicios de sangre (especifique): BANCO DE SANGRE

En caso de seleccionar servicios de sangre, marque el tipo de especialidad con la que cuenta el responsable sanitario.

- Médico cirujano (constancia de idoneidad)
 Hematólogo
 Patólogo clínico
 Otro (especifique): _____

En caso de alta o baja escriba los datos del responsable sanitario en la primera columna.

En caso de modificación del responsable sanitario, indique en la primera columna solo el nombre completo y el RFC del responsable anterior; y en la segunda columna los datos del nuevo responsable.

Primera columna	
<input checked="" type="radio"/> Alta	<input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar
RFC:(a):	BAGH 570305KC4
CURP(opcional)::	
Nombre(s):(a):	HECTOR ALFREDO
Primer apellido:(a):	BAPTISTA
Segundo apellido:(a):	GONZALEZ
Lada:	55
Teléfono:	54247200
Extensión :	7229
Correo electrónico:	hbaptista@medicasur.org.mx
Con título profesional de:	MEDICO CIRUJANO
Título profesional expedido por:	LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO
Número de cédula profesional:	658901
Con especialidad de:	HEMATOLOGÍA
Título de especialidad expedido por:	EL CONSEJO MEXICO DE HEMATOLOGÍA A.C.
Número de cédula profesional:	
Horario de operaciones	
D ■ ■ ■ ■ ■ s de 14:00	a 18:00
D L M M J V S de	a
Firma del responsable sanitario	
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja.	

Segunda columna	
<input type="radio"/> Ya modificado	
RFC:	
CURP(opcional)::	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión :	
Correo electrónico:	
Con título profesional de:	
Título profesional expedido por:	
Número de cédula profesional:	
Con especialidad de:	
Título de especialidad expedido por:	
Número de cédula profesional:	
Horario de operaciones	
D L M M J V S de	a
D L M M J V S de	a
Firma del responsable sanitario	
Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación.	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(a) En caso de modificación de responsable sanitario sólo indicar RFC y nombre completo

5. Datos del responsable del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos, de diagnóstico o tratamiento

Seleccione el tipo de establecimiento:

- Rayos X
 Medicina nuclear
 Radioterapia

En caso de seleccionar radioterapia marque el tipo de terapia que realiza en el establecimiento.

- Braquiterapia
 Teleterapia

Seleccione el tipo de notificación a realizar.

- Alta
 Modificación
 Baja

Datos del responsable sanitario

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Con título profesional de:

Título profesional expedido por:

Número de cédula profesional:

Con especialidad de:

Título de especialidad expedido por:

Número de cédula de la especialidad:

Firma del responsable sanitario

Horario de operaciones

D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM

6. Datos del asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico)

Seleccione el tipo de notificación a realizar.

- Alta
 Modificación

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Con título profesional de:

Título profesional expedido por:

Número de cédula profesional:

Con especialidad de:

Título de especialidad expedido por:

Número de cédula de la especialidad:

Correo electrónico:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio particular del asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico)

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa:
Número exterior: Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

7. Establecimiento de atención médica donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos, disposición de órganos y/o banco de órganos, tejidos y células

Señale los servicios con los que cuenta y anote con número arábigo la cantidad

<input type="checkbox"/> Quirófanos _____	<input type="checkbox"/> Sala de expulsión _____	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis _____
<input type="checkbox"/> Camas censables _____	<input type="checkbox"/> Terapia intensiva _____	<input type="checkbox"/> Electrocardiografía _____
<input type="checkbox"/> Consulta externa _____	<input type="checkbox"/> Terapia intermedia _____	<input type="checkbox"/> Cocina comedor _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio clínico _____	<input type="checkbox"/> Terapia neonatal _____	<input type="checkbox"/> Lavandería _____
<input type="checkbox"/> Ultrasonido _____	<input type="checkbox"/> Electroencefalografía _____	<input type="checkbox"/> Cuarto de máquinas _____
<input type="checkbox"/> Rayos X _____	<input type="checkbox"/> Camas no censables _____	<input type="checkbox"/> Ambulancia(s) _____
<input type="checkbox"/> Mastografía _____	<input type="checkbox"/> Urgencias _____	<input type="checkbox"/> Resonancia magnética _____
<input type="checkbox"/> Citología exfoliativa _____	<input type="checkbox"/> Hospitalización _____	<input type="checkbox"/> Tomografía axial computarizada _____
<input type="checkbox"/> Banco de sangre y/o servicio de transfusión _____	<input type="checkbox"/> Central de equipos y esterilización (CEYE) _____	<input type="checkbox"/> Planta de energía eléctrica de emergencia _____
<input type="checkbox"/> Banco de órganos y tejidos, sus componentes y células _____	<input type="checkbox"/> Laboratorios de histocompatibilidad _____	<input type="checkbox"/> Máquinas y sillones para hemodiálisis _____

8. Establecimiento de disposición de órganos y/o banco de órganos, tejidos y células

Seleccione la(s) actividad(es) que realiza el establecimiento e indique el (o los) tipo(s) de órgano(s), tejido(s) y célula(s) que maneja.

Procuración
 Disposición
 Trasplante
 Banco

Órganos	Tejidos	Células
		<input type="radio"/> Progenitoras o troncales
		<input type="radio"/> Células germinales

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

9. Establecimiento de banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea

Señale las áreas con las que cuenta el establecimiento.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sala de espera | <input type="checkbox"/> Obtención de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Exámenes médicos | <input type="checkbox"/> Fraccionamiento y conservación |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio clínico | <input type="checkbox"/> Aplicaciones de sangre y sus componentes |
| <input type="checkbox"/> Control administrativo y suministro | <input type="checkbox"/> Instalaciones sanitarias |

10. Modificación de datos del establecimiento

En la columna "Dice" colocar los datos completos actuales.
En la columna "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Teléfono del establecimiento	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
<input type="checkbox"/> Horario	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM
	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM	D L M M J V S de HH : MM a HH : MM
<input type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
	Número exterior: Número interior:	Número exterior: Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Extensión:

Extensión:

Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia. Artículo 373 de la Ley General de Salud

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Representante legal	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Persona Autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:

Nota: Reproducir el apartado de la persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificados o requiera notificar.

<input type="radio"/> Suspensión de actividades	<input type="radio"/> Reinicio de actividades	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento
De <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/> A <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	Fecha <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

11. Modificación de licencias o permisos de responsable de operación o asesor especializado

Número de documento a modificar:

En la columna "Dice/condición autorizada" colocar los datos completos actuales.
 En la columna "Debe decir/ condición solicitada" colocar los datos completos ya modificados.

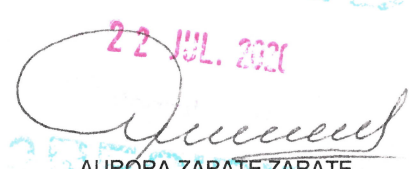
Dice / condición autorizada	Debe decir / condición solicitada

Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia. Artículo 373 de la Ley General de Salud.

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos? Sí No


 22 JUL. 2021
 AURORA ZARATE ZARATE
 Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al 01-800-033-5050 y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al 01-800-420-4224.

Vo.Bo.
DIRECCIÓN
JURÍDICA