


Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-034 Solicitud de licencia sanitaria para establecimientos en que se practiquen actos quirúrgicos y/u obstétricos.

Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	Material de Apoyo
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">Servicios de Salud</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">Instructivo</div> </div>		<p style="text-align: center;">Aplica negativa ficta</p>	<p>ARTÍCULOS 198 FRACCIÓN V DE LA LEY GENERAL DE SALUD; 220, FRACCIÓN I DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y 90 FRACCIONES I, II Y III DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS.</p> <p>NOTA: CUANDO LOS ESCRITOS QUE PRESENTEN LOS INTERESADOS NO CONTENGAN LOS DATOS O NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS APLICABLES, LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DESCENTRALIZADO CORRESPONDIENTE DEBERÁ PREVENIR A LOS INTERESADOS, POR ESCRITO Y POR UNA SOLA VEZ, PARA QUE SUBSANEN LA OMISIÓN DENTRO DEL TÉRMINO QUE ESTABLEZCA LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DESCENTRALIZADO, EL CUAL NO PODRÁ SER MENOR DE CINCO DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE QUE HAYA SURTIDO EFECTOS LA NOTIFICACIÓN; TRANSCURRIDO EL PLAZO CORRESPONDIENTE SIN DESAHOGAR LA PREVENCIÓN, SE DESECHARÁ EL TRÁMITE. ART.17-A DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO</p>	

Campos a llenar del formato

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

1 → 2 → 3 → 7

Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
 - ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
 - ❖ Para Persona moral:
 - » Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
 - ❖ Para Persona física:
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo)
- NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:
- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
 - » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
 - » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Planos y memoria descriptiva o permiso sanitario de construcción
 - ❖ Copia legible del curriculum vitae del director del establecimiento
 - ❖ Copia legible del aviso de responsable sanitario
 - ❖ Programa médico

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 800-033-5050