# Permiso Sanitario de Construcción de Establecimientos Médicos

| Homoclave del formato |
|---|
| **FF-COFEPRIS-10** |
| Número de RUPA |
| |

Uso exclusivo de la COFEPRIS

| Número de ingreso |
|---|
| |

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

## 1. Homoclave y nombre del trámite

| Homoclave: | COFEPRIS-05-039 | Nombre: | Permiso Sanitario de Construcción de Establecimientos Médicos. |
|---|---|---|---|

## Especifique el(los) tipo(s) de servicio(s) de salud aplicables

Disposición de células troncales (Centro de colecta de células troncales y Banco de células troncales).

- ○ Centro de colecta de células progenitoras o troncales.
- ○ Banco de células progenitoras o troncales.

- ○ Banco de órganos, tejidos no hemáticos y células.
- ○ Extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células.
- ○ Trasplantes de órganos, tejidos y células.
- ○ Medicina regenerativa.
- ○ Servicio de hemodiálisis.
- ○ En que se practiquen actos quirúrgicos y/u obstétricos.

Servicios de sangre (Banco de sangre, Centro de procesamiento de sangre, Centro de colecta de sangre, Centro de distribución de sangre y productos sanguíneos, Servicio de transfusión hospitalario y Centro de calificación biológica).

- ○ Banco de sangre.
- ○ Centro de procesamiento de sangre.
- ○ Centro de colecta de sangre.
- ○ Centro de distribución de sangre y productos sanguíneos.
- ○ Servicio de transfusión hospitalario.
- ○ Centro de calificación biológica.

| Establecimientos que utilizan fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico. | | |
|---|---|---|
| ○ Rayos X. | ○ Medicina Nuclear. | ○ Radioterapia. |

## 2. Datos del propietario

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

| Persona moral |
|---|
| RFC: |
| Denominación o razón social: |
| **Representante legal que solicita el trámite** |
| RFC: |
| CURP: |
| Nombre(s): |
| Primer apellido: |
| Segundo apellido: |
| Teléfono: |
| Extensión: |
| Correo electrónico: |

## Domicilio fiscal del propietario

| | |
|---|---|
| Código postal: | |
| Tipo y nombre de vialidad:<br><br>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | |
| Número exterior: | Número interior: |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:<br><br>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | |

| |
|---|
| Localidad (si aplica): |
| Municipio o alcaldía: |
| Entidad Federativa: |
| Entre vialidad (tipo y nombre): |
| Y vialidad (tipo nombre): |
| Vialidad posterior (tipo y nombre): |
| Teléfono: |
| Extensión: |

## 3. Datos del establecimiento

| RFC: | Denominación o razón social: |
|---|---|
| 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 |
| | |
| | |
| | |
| Número de licencia(s) sanitaria(s) (si aplica): | |

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

| Obra | |
|---|---|
| Fecha de inicio de la obra: | ___ / ___ / ___<br>DD MM AAAA |
| Fecha de término de la obra: | ___ / ___ / ___<br>DD MM AAAA |

## Domicilio del establecimento

| | |
|---|---|
| Código postal: | |
| Tipo y nombre de vialidad:<br>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | |
| Número exterior: | Número interior: |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:<br>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | |

| |
|---|
| Localidad (si aplica): |
| Municipio o alcaldía: |
| Entidad Federativa: |
| Entre vialidad (tipo y nombre): |
| Y vialidad (tipo y nombre): |
| Vialidad posterior (tipo y nombre): |
| Teléfono: |
| Extensión: |

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

| Representante legal | Persona autorizada |
|---|---|
| CURP: | CURP: |
| Nombre(s): | Nombre(s): |
| Primer apellido: | Primer apellido: |
| Segundo apellido: | Segundo apellido: |
| Teléfono: | Teléfono: |
| Exensión: | Exensión: |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

| Representante legal |
|---|
| CURP: |
| Nombre(s): |
| Primer apellido: |
| Segundo apellido: |
| Teléfono: |
| Exensión: |
| Correo electrónico: |

| Persona autorizada |
|---|
| CURP: |
| Nombre(s): |
| Primer apellido: |
| Segundo apellido: |
| Teléfono: |
| Exensión: |
| 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 arquitecto o perito responsable

| Persona física |
|---|
| RFC: |
| CURP: |
| Nombre(s): |
| Primer apellido: |
| Segundo apellido: |
| Número del perito (si aplica): |
| Número de Cédula Profesional: |
| Teléfono: |
| Extensión: |
| Correo electrónico: |

### Domicilio del arquitecto o perito responsable

| | |
|---|---|
| Código postal: | |
| Tipo y nombre de vialidad:<br><br>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | |
| Número exterior: | Número interior: |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:<br><br>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | |

| |
|---|
| Localidad (si aplica): |
| Municipio o alcaldía: |
| Entidad Federativa: |
| Entre vialidad (tipo y nombre): |
| Y vialidad (tipo nombre): |
| Vialidad posterior (tipo y nombre): |
| Teléfono: |
| Extensión: |

## 5. Tipo de Obra

| Superficie del terreno: | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Seleccione la opción deseada: | ○ | Obra Nueva | ○ | Ampliación | ○ | Rehabilitación | ○ | Acondicionamiento o equipamiento | ○ | Regularización |

De conformidad con lo establecido en la fracción II del artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo acepto recibir todo tipo de notificaciones referentes al presente trámite a través del correo electrónico:

**Correo electrónico para recibir notificaciones: (OBLIGATORIO)**

_____

Bajo protesta de decir verdad, la persona que suscribe manifiesta que los datos asentados y la información que se acompaña el presente formulario son ciertos y comprobables. El presente trámite se encuentra en proceso de revisión documental por parte del área correspondiente y queda sujeto de las acciones de control o vigilancia sanitaria aplicables, en términos de los dispuesto en los artículos Artículo 17 bis, fracción VI, de la Ley General de Salud, 1, 2, fracciones II y XI, del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

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

_____
Nombre completo y firma del propietario o representante legal del establecimiento

_____
Nombre completo y firma del arquitecto o perito responsable

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, se encuentra a su disposición el número **800-033-5050** del Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, y en caso de requerir dar seguimiento al trámite enviado al área de Tramitación Foránea, solicite información al correo **tramitacion_foranea@cofepris.gob.mx**, así como la línea de contacto del Gobierno de México *079 del Centro de Atención para el Bienestar.