

SERVICIOS DE SALUD



SALUD

No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)

NO. RUPA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA O A COMPUTADORA.

1A AVISO DE:		1B SOLICITUD DE:	
RESPONSABLE SANITARIO DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERAN CON LICENCIA SANITARIA		ALTA O NUEVO	
ALTA ☒	MODIFICACIÓN O BAJA ☐	LICENCIA ☐	☐
BAJA DE PERMISO DE RESPONSABLE ☐		PERMISO ☐	☐
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA ☐		AUTORIZACIÓN DE LIBROS ☐	☐
HOMOCLAVE DEL TRÁMITE:		NOMBRE DEL TRÁMITE:	
COFEPRIS-05-037-A		AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA	
MODALIDAD DEL TRÁMITE:			
MODALIDAD A.- PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRÚRGICOS Y/O OBSTÉTRICOS			

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)			
FERTILITY CENTER CANCUN S.A.P.I. DE C.V.			
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA	R.F.C.
AV. ALVARO OBREGON 151 PISO 2		ROMA NORTE	FCC1102109C3
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
NO APLICA		06700	
ENTRE CALLE		ENTIDAD FEDERATIVA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
TONALA		DISTRITO FEDERAL	CUAUHTEMOC
Y CALLE		TELÉFONO	FAX
JALAPA		55 39935103	55 39935103

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
SECTOR AL QUE PERTENECE: PÚBLICO ☐ SOCIAL ☐ PRIVADO ☒			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.
CENTER OF ADVANCED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES CANCUN			FCC1102109C3
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR		COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
AV. TULUM LT. 3 P.B. M1 SM 9		BENITO JUAREZ	CANCUN
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
NO APLICA		77500	QUINTANA ROO
ENTRE CALLE		TELÉFONO	FAX
		998 1688968	998 1688969
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTO AVISO DE FUNCIONAMIENTO			R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN
			GAME690602515
CLAVE (SCIAN)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN		
622111	HOSPITALES GENERALES DEL SECTOR PRIVADO		
INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO
JOSE ELIGIO GAYTAN	MELICOFF		artdoc@me.com
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO
HERIBERTO PADILLA	GONZÁLEZ		pheriberto90@yahoo.com

4 DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA:									
ACTOS QUIRÚRGICOS Y/O OBSTÉTRICOS ☒			DISPOSICIÓN Y BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS ☐			BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN ☐			
ALTA ☒			MODIFICACIÓN ☐			BAJA ☐			
NOMBRE COMPLETO JOSE ELIGIO GAYTAN MELICOFF						R.F.C. GAME690602515			
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)						CORREO ELECTRÓNICO artdoc@me.com			
HORARIO:		D L M M J V S		DE 8:00 A 20:00		SOLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA			
		D L M M J V S		DE 8:00 A 20:00		MÉDICO CIRUJANO ☐ HEMATÓLOGO ☐ PATÓLOGO CLÍNICO ☐			
TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO						TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO		No. DE CÉDULA PROFESIONAL 2286922	
TÍTULO DE ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA						TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO		No. DE CÉDULA DE ESPECIALIDAD 3181888	
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO						EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.			
PEGAR FOTO SÓLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA						NOMBRE COMPLETO			
						R.F.C.			

5 DATOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO QUE UTILIZA FUENTES DE RADIACIÓN PARA FINES MÉDICOS, DE DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO:									
RAYOS X ☐			MEDICINA NUCLEAR ☐			RADIOTERAPIA ☐			
ALTA ☐			MODIFICACIÓN ☐			BAJA ☐			
NOMBRE COMPLETO									
R.F.C.						C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)			
HORARIO:		D L M M J V S		DE A		CON TÍTULO PROFESIONAL DE:		ESPECIALIDAD DE:	
		D L M M J V S		DE A					
TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR:				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:				No. DE CÉDULA PROFESIONAL:	

6 DATOS DEL ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA (RESPONSABLE TÉCNICO):									
ALTA ☐			MODIFICACIÓN ☐			BAJA ☐			
NOMBRE COMPLETO						R.F.C.			
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)						CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR			
COLONIA						DELEGACIÓN O MUNICIPIO			
LOCALIDAD						CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA	
CON TÍTULO PROFESIONAL DE:						ESPECIALIDAD DE:			
TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR:				TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:				No. DE CÉDULA PROFESIONAL:	

7A

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS, PARA ESTABLECIMIENTOS CON DISPOSICIÓN Y/O BANCOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS:

SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES Y ANOTE EN EL RECUADRO CON NÚMEROS ARÁBIGOS LA CANTIDAD:

☒	QUIRÓFANOS	☐	SALA DE EXPULSIÓN
☒	CAMAS CENSABLES	☐	TERAPIA INTENSIVA
☒	CONSULTA EXTERNA	☐	TERAPIA INTERMEDIA
☐	LABORATORIO CLÍNICO	☐	TERAPIA NEONATAL
☐	ULTRASONIDO	☐	LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
☐	RAYOS X	☒	BANCO DE ÓRG. Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS
☐	MASTOGRAFÍA	☐	BANCO DE SANGRE Y/O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
☐	HEMODIÁLISIS	☒	CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)
☐	MÁQUINAS Y SILLONES PARA HEMODIÁLISIS	☐	COCINA COMEDOR
☐	ELECTROCARDIOGRAFÍA	☐	LAVANDERÍA
☐	ELECTROENCEFALOGRAFÍA	☐	CUARTO DE MÁQUINAS
☐	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA	☒	PLANTA DE EMERGENCIA
☐	CAMAS NO CENSABLES	☐	AMBULANCIA(S)
☐	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA	☐	URGENCIAS
☐	HOSPITALIZACIÓN		

7B PARA DISPOSICIÓN DE ORGANOS Y/O BANCOS DE TEJIDOS Y CELULAS:

MARQUE CON UNA "X" LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:

TIPO	CÓRNEAS	HUESO	RIÑÓN	HÍGADO	CORAZÓN	CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS
EXTRACCIÓN						
TRASPLANTE						

TIPO	CÓRNEAS	HUESO	CÉLULAS GERMINALES	PIEL	ADMIOS	CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS
BANCO						

OTROS (INDIQUE TIPO DE ACTO A REALIZAR Y EL ÓRGANO, TEJIDO O CELULA RELACIONADO):

8 PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:

SEÑALE SI CUENTA CON LOS SERVICIOS SIGUIENTES:

☐	SALA DE ESPERA	☐	OBTENCIÓN DE LA SANGRE
☐	EXÁMENES MÉDICOS	☐	FRACCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN
☐	LABORATORIO CLÍNICO	☐	APLICACIONES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES
☐	CONTROL ADMINISTRATIVO Y SUMINISTRO	☐	INSTALACIONES SANITARIAS

9A ACTUALIZACIÓN DE DATOS: (Solo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1A del campo de avisos)									
TIPO DE MODIFICACIÓN				DICE			DEBE DE DECIR		
REPRESENTANTE LEGAL ☐									
PERSONA AUTORIZADA ☐									
OTROS (DOMICILIO FISCAL, TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) ☐									
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES ☐				REINICIO DE ACTIVIDADES ☐			BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO ☐		
DE		A		FECHA					
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES	

9B MODIFICACIÓN DE: (solo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 1B del campo de solicitudes)	
NÚMERO DE DOCUMENTO A MODIFICAR:	
DICE / CONDICIÓN AUTORIZADA	DEBE DECIR / CONDICIÓN SOLICITADA

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL CAMPO.

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.
(Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?

SI ☐ NO ☒

DR. JOSE ELIGIO GAYTAN MELICOFF

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO, O REPRESENTANTE LEGAL
O RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-112-0584 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 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.