

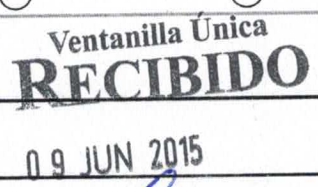
No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)

NO. RUPA

SALUD

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

1742

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

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUERTA DE HIERRO, SA. DE CV.			
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR AV. EMPRESARIOS No. 150 1-A		COLONIA PUERTA DE HIERRO	DELEGACIÓN O MUNICIPIO ZAPOCAN
LOCALIDAD ZAPOCAN	CÓDIGO POSTAL 45116	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	
ENTRE CALLE PASEO ROYAL COUNTRY	Y CALLE PUERTA DE HIERRO	TELÉFONO (01 33) 38 48 21 39	FAX (0133) 38 48 21 39

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
SECTOR AL QUE PERTENECE:		PÚBLICO ☐ SOCIAL ☐ PRIVADO ☒	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUERTA DE HIERRO, SA. DE CV.		R.F.C. HEP050401NW7	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR AV. EMPRESARIOS No. 150 1-A		COLONIA PUERTA DE HIERRO	DELEGACIÓN O MUNICIPIO ZAPOCAN
LOCALIDAD ZAPOCAN	CÓDIGO POSTAL 45116	ENTIDAD FEDERATIVA JALISCO	
ENTRE CALLE PASEO ROYAL COUNTRY	Y CALLE PUERTA DE HIERRO	TELÉFONO (0133) 38 48 21 39	FAX (0133) 38 48 21 39
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO 00000391-R		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN AATL560715B31	
CLAVE (SCIAN) 622111	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN HOSPITALES GENERALES DEL SECTOR PRIVADO		
INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO			
REPRESENTANTE LEGAL LIC. RODOLFO ACOSTA GONZALEZ	NOMBRE	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO rodolfo.acosta@cmpdh.com
LIC. LAURA ALICIA SOTO TAPIA			laura.soto@cmpdh.com
PERSONA AUTORIZADA			
LIC. LAURA ALICIA SOTO TAPIA	NOMBRE	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO laura.soto@cmpdh.com
DR. LUIS ENRIQUE ARAMBURU TIRADO			luis.aramburo@cmpdh.com
SANDRA IVETTE BUENO RIVERA			sandra.bueno@cmpdh.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

GLORIA GONZALEZ ALVAREZ

R.F.C.

GOAG650323LF7

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

GOAG650323MJCNNLOS

CORREO ELECTRÓNICO

gloria.gonzalez@cmpdh.com

HORARIO:

D	L	X	M	X	M	X	J	X	V	X	S
D	L	M	M	J	V	S	X				

DE 08:00:00 A 15:00:00

DE 09:00:00 A 14:00:00

SÓLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA

MÉDICO CIRUJANO
(CONSTANCIA DE IDONEIDAD)

HEMATÓLOGO

PATÓLOGO CLÍNICO

TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

No. DE CÉDULA PROFESIONAL

2112536

TÍTULO DE ESPECIALIDAD DE

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR

No. DE CÉDULA DE ESPECIALIDAD

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO

GLORIA GONZALEZ ALVAREZ

PEGAR FOTO SÓLO PARA
BANCO DE SANGRE Y
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
SANGÜÍNEA

EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.

NOMBRE COMPLETO

RECIBIDO
09 JUN 2015

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
D	L	M	M	J	V	S

DE A

DE A

CON TÍTULO PROFESIONAL DE:

ESPECIALIDAD DE:

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 ÁRABIGOS 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 CÉLULAS
	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
	TOMOGRFÍA 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 CÉLULAS:

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 CÉLULA 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

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

A

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

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

Ventanilla Única

RECIBIDO

DEBE DECIR / CONDICIÓN SOLICITADA

09 JUN 2015

Firma

Hora

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 PUBLICOS?

SI

☒

NO

☐

Comisión para la Protección contra
Riesgos Sanitarios del Estado de
Jalisco

LIC. LAURA ALICIA SOTO TAPIA

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.