

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
233300594X0014

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-05-094	Nombre: Aviso de responsable sanitario del establecimiento de medicina regenerativa.
Modalidad:	

2. Datos del propietario

Persona física
RFC: LAKA890314MY2
CURP (opcional): LAKA890314MNERTN04
Nombre(s): ANNA GABRIELA
Primer apellido: LARA
Segundo apellido: KATTAN
Lada: 55
Teléfono: 36790271
Extensión:
Correo electrónico: dra.annalarak@gmail.com

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

"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: 06760	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad: CALLE PIEDRAS NEGRAS (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Municipio o alcaldía: CUAUHTEMOC
Número exterior: 14 Número interior:	Entidad Federativa: CIUDAD DE MEXICO
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA ROMA SUR (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE ACTOPAN
	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE AGUASCALIENTES
	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MEDELLIN
	Lada: 55
	Teléfono: 367902714
	Extensión:

3. Datos del establecimiento

Seleccione al sector que pertenece ☐ Público ☐ Social ☒ Privado	
RFC: LAKA890314MY2	Denominación o razón social: Stem Solutions
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 órganos, bancos de sangre y otros servicios auxiliares al tratamiento médico 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:	LAKA890314MY2
CURP (opcional):	LAKA890314MNERTN04
Nombre(s):	ANNA GABRIELA
Primer apellido:	LARA
Segundo apellido:	KATTAN

Horario de operaciones del establecimiento										
D	X	X	X	X	X	S	de	09:00 HH:MM	a	18:00 HH:MM
D	L	M	M	J	V	X	de	09:00 HH:MM	a	14:00 HH:MM
Fecha de inicio de operaciones:								DD	MM	AAAA

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

☐ Braquiterapia ☐ Teleterapia

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

Domicilio del establecimiento

Código postal: 66278	Localidad: SAN PEDRO GARZA GARCIA
Tipo y nombre de vialidad: AVENIDA LAZARO CARDENAS	Municipio o alcaldía: SAN PEDRO GARZA GARCIA
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa: NUEVO LEON
Número exterior: 2264 Número interior: 111	Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE JOSE CLEMENTE OROZCO
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE JESUS REYES FERREYRA
COLONIA VALLE ORIENTE	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE RUFINO TAMAYO
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	Lada: 55
	Teléfono: 36790271
	Extensión:

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

Representante legal	Persona autorizada
CURP (opcional): LAKA890314MNERTN04	CURP (opcional):
Nombre(s): ANNA GABRIELA	Nombre(s):
Primer apellido: LARA	Primer apellido:
Segundo apellido: KATTAN	Segundo apellido:
Lada: 55	Lada:
Teléfono: 36790271	Teléfono:
Extensión:	Extensión:
Correo electrónico: dra.annalarak@gmail.com	Correo electrónico:

Representante legal	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:

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Seleccione el área a la cual pertenece su establecimiento.

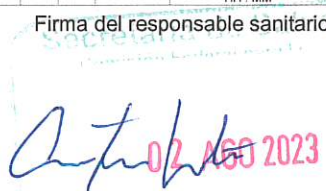
- ☐ Actos quirúrgicos y/u obstétricos ☐ Disposición o banco de órganos, tejidos o células
- ☐ Servicios de sangre (especifique): _____

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											
☒	Alta										
☐	Baja										
☐	A modificar										
RFC:(a):		LAKA890314MY2									
CURP(opcional)::		LAKA890314MNERTN04									
Nombre(s):(a):		ANNA GABRIELA									
Primer apellido:(a):		LARA									
Segundo apellido:(a):		KATTAN									
Lada:		55									
Teléfono:		36790271									
Extensión :											
Correo electrónico:		dra.annalarak@gmail.com									
Con título profesional de:		LICENCIATURA EN MEDICO CIRUJANO									
Título profesional expedido por:		UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS "NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ"									
Número de cédula profesional:		11580929									
Con especialidad de:		ESPECIALIDAD EN OBESIDAD Y COMORBILIDADES									
Título de especialidad expedido por:		UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA									
Número de cédula profesional:		11723136									
Horario de operaciones											
D	X	X	X	X	X	X	S	de	09:00	a	14:00
									HH : MM		HH : MM
D	L	M	M	J	V	S	de		HH : MM	a	HH : MM
									HH : MM		HH : MM
Firma del responsable sanitario											
											

Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja.

Segunda columna											
☐	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		HH : MM	a	HH : MM
									HH : MM		HH : MM
D	L	M	M	J	V	S	de		HH : MM	a	HH : MM
									HH : MM		HH : MM
Firma del responsable sanitario											
											

Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación.

(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:

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

☐ 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:

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

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

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:

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

Código postal:

Localidad:

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

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

Código postal:

Tipo y nombre de vialidad:

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

Número exterior:

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

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

Localidad:

Municipio o alcaldía:

Entidad Federativa:

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

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

☐ Quirófanos	☐ Sala de expulsión	☐ Hemodiálisis
☐ Camas censables	☐ Terapia intensiva	☐ Electrocardiografía
☐ Consulta externa	☐ Terapia intermedia	☐ Cocina comedor
☐ Laboratorio clínico	☐ Terapia neonatal	☐ Lavandería
☐ Ultrasonido	☐ Electroencefalografía	☐ Cuarto de máquinas
☐ Rayos X	☐ Camas no censables	☐ Ambulancia(s)
☐ Mastografía	☐ Urgencias	☐ Resonancia magnética
☐ Citología exfoliativa	☐ Hospitalización	☐ Tomografía axial computarizada
☐ Banco de sangre y/o servicio de transfusión	☐ Central de equipos y esterilización (CEYE)	☐ Planta de energía eléctrica de emergencia
☐ Banco de órganos y tejidos, sus componentes y células	☐ Laboratorios de histocompatibilidad	☐ 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
		☐ Progenitoras o troncales
		☐ Células germinales

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-6050
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

- | | |
|--|---|
| ☐ 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 |

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																																												
☐ Teléfono del establecimiento	Lada: Teléfono: Extensión:	Lada: Teléfono: Extensión:																																												
☐ Horario	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> <td>de</td> <td>HH:MM</td> <td>a</td> <td>HH:MM</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> <td>de</td> <td>HH:MM</td> <td>a</td> <td>HH:MM</td> </tr> </table>	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	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> <td>de</td> <td>HH:MM</td> <td>a</td> <td>HH:MM</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> <td>de</td> <td>HH:MM</td> <td>a</td> <td>HH:MM</td> </tr> </table>	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																																				
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																																				
☐ Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal: Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) Número exterior: Número interior: Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) Localidad: Municipio o alcaldía: Entidad Federativa: Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre): Lada: Teléfono: Extensión:	Código postal: Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) Número exterior: Número Interior: Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) Localidad: Municipio o alcaldía: Entidad Federativa: Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre): Lada: Teléfono: 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
☐ Representante legal	CURP (opcional): Nombre(s):	CURP (opcional): Nombre(s):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

	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
☐ 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 notificadas o requiera notificar.

☐ Suspensión de actividades		☐ Reinicio de actividades	☐ Baja definitiva del establecimiento
De	DD / MM / AAAA	A	DD / MM / AAAA
		Fecha	DD / MM / AAAA

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

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

ANNA GABRIELA LARA KATTAN

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.

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