

No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)

163300537B0014

NO. RUPA

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.


1A AVISO DE:		1B SOLICITUD DE:	
RESPONSABLE SANITARIO DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERAN CON LICENCIA SANITARIA		ALTA O NUEVO	
ALTA <input checked="" type="radio"/>	MODIFICACIÓN O BAJA <input type="radio"/>	LICENCIA <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
BAJA DE PERMISO DE RESPONSABLE <input type="checkbox"/>		PERMISO <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>		AUTORIZACIÓN DE LIBROS <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
HOMOCLAVE DEL TRÁMITE: COFEPRIS-05-037-B	NOMBRE DEL TRÁMITE: Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Atención Médica		
MODALIDAD DEL TRÁMITE: Modalidad.- B. Para Establecimiento con Disposición y/o Banco de Órganos, Tejidos y Células			

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) GINECOLOGIA INTEGRAL MEXICALI S.C.		R.F.C. GIM140117138	
		C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR REFORMA NO. 1777	COLONIA NUEVA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO MEXICALI	
LOCALIDAD NO APLICA	CODIGO POSTAL 21100	ENTIDAD FEDERATIVA BAJA CALIFORNIA	
ENTRE CALLE CALLE I	Y CALLE CALLE J	TELÉFONO (686) 5525871 al 73	FAX

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
SECTOR AL QUE PERTENECE: PÚBLICO <input type="checkbox"/>		SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> FEB. 2016 PRIVADO <input type="checkbox"/>	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO GINECOLOGIA INTEGRAL MEXICALI S.C.		R.F.C. GIM140117138	
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO O LETRA INTERIOR REFORMA NO. 1777	COLONIA NUEVA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO MEXICALI	
LOCALIDAD NO APLICA	CODIGO POSTAL 21100	ENTIDAD FEDERATIVA BAJA CALIFORNIA	
ENTRE CALLE CALLE I	Y CALLE CALLE J	TELÉFONO (686) 5525871 al 73	FAX
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTO AVISO DE FUNCIONAMIENTO		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN EAGE760629IP7	
CLAVE (SCIAN) 621991	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN Servicios de bancos de órganos, bancos de sangre y otros servicios auxiliares al tratamiento médico prestados por el sector privado		

INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO
EUSEBIO FRANCISCO JAVIER ESTRADA GARWOOD			estrada_garwood@hotmail.com
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO
HERIBERTO PADILLA GONZALEZ			pheriberto90@yahoo.com

4 DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA:

ACTOS QUIRÚRGICOS Y/O OBSTÉTRICOS <input type="checkbox"/>		DISPOSICIÓN Y BANCO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS <input checked="" type="checkbox"/>		BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN <input type="checkbox"/>															
ALTA <input checked="" type="radio"/>		MODIFICACIÓN <input type="radio"/>		BAJA <input type="radio"/>															
NOMBRE COMPLETO EUSEBIO FRANCISCO JAVIER ESTRADA GARWOOD				R.F.C. EAGE760629IP7															
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)			CORREO ELECTRÓNICO estrada_garwood@hotmail.com																
HORARIO:		<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> DE 8:00 A 20:00 DE 9:00 A 13:00		D	L	M	M	J	V	S								SÓLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA MÉDICO CIRUJANO <input type="checkbox"/> HEMATÓLOGO <input type="checkbox"/> PATÓLOGO CLÍNICO <input type="checkbox"/> (CONSTANCIA DE IDONEIDAD)	
D	L	M	M	J	V	S													
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO		TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA		No. DE CÉDULA PROFESIONAL 4124097															
TÍTULO DE ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO		No. DE CÉDULA DE ESPECIALIDAD 5088368															
PEGAR FOTO SÓLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA		FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO 		EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.															
				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 <input type="checkbox"/>		MEDICINA NUCLEAR <input type="checkbox"/>		RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/>																
ALTA <input type="radio"/>		MODIFICACIÓN <input type="radio"/>		BAJA <input type="radio"/>																
NOMBRE COMPLETO																				
R.F.C.			C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)																	
HORARIO:		<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> DE A DE A		D	L	M	M	J	V	S								CON TÍTULO PROFESIONAL DE:		ESPECIALIDAD DE:
D	L	M	M	J	V	S														
TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR:		TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR:		No. DE CÉDULA PROFESIONAL:																

6 DATOS DEL ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA (RESPONSABLE TÉCNICO):

ALTA <input type="radio"/>		MODIFICACIÓN <input type="radio"/>		BAJA <input type="radio"/>	
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 :

<input type="checkbox"/>	QUIRÓFANOS	<input type="checkbox"/>	SALA DE EXPULSIÓN
<input type="checkbox"/>	CAMAS CENSABLES	<input type="checkbox"/>	TERAPIA INTENSIVA
<input type="checkbox"/>	CONSULTA EXTERNA	<input type="checkbox"/>	TERAPIA INTERMEDIA
<input type="checkbox"/>	LABORATORIO CLÍNICO	<input type="checkbox"/>	TERAPIA NEONATAL
<input type="checkbox"/>	ULTRASONIDO	<input type="checkbox"/>	LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
<input type="checkbox"/>	RAYOS X	<input type="checkbox"/>	BANCO DE ÓRG. Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CÉLULAS
<input type="checkbox"/>	MASTOGRAFÍA	<input type="checkbox"/>	BANCO DE SANGRE Y/O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISIS	<input type="checkbox"/>	CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)
<input type="checkbox"/>	MÁQUINAS Y SILLONES PARA HEMODIÁLISIS	<input type="checkbox"/>	COCINA COMEDOR
<input type="checkbox"/>	ELECTROCARDIOGRAFÍA	<input type="checkbox"/>	LAVANDERÍA
<input type="checkbox"/>	ELECTROENCEFALOGRAFÍA	<input type="checkbox"/>	CUARTO DE MÁQUINAS
<input type="checkbox"/>	TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA	<input type="checkbox"/>	PLANTA DE EMERGENCIA
<input type="checkbox"/>	CAMAS NO CENSABLES	<input type="checkbox"/>	AMBULANCIA (S)
<input type="checkbox"/>	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA	<input type="checkbox"/>	URGENCIAS
<input type="checkbox"/>	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	HIGADO	CORAZÓN	CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS
EXTRACCIÓN						
TRASPLANTE						

TIPO	CÓRNEAS	HUESO	CÉLULAS GERMINALES	PIEL	ADMOS	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 :

<input type="checkbox"/>	SALA DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	OBTENCIÓN DE LA SANGRE
<input type="checkbox"/>	EXÁMENES MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	FRACCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN
<input type="checkbox"/>	LABORATORIO CLÍNICO	<input type="checkbox"/>	APLICACIONES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES
<input type="checkbox"/>	CONTROL ADMINISTRATIVO Y SUMINISTRO	<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>		
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>		
OTROS (DOMICILIO FISCAL, TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	A <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
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	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 PUBLICOS?

SI NO

EUSEBIO FRANCISCO JAVIER ESTRADA GARWOOD
 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.