

# MANUAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Dirección de Regulación y Fomento  
Sanitario

Enero 2019

**SALUD**

Secretaría de Salud  
Servicios de Salud de Oaxaca

**Oaxaca**

JUNTOS CONSTRUIMOS EL CAMBIO

2016 - 2022



Gobierno del Estado

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

HOJA DE FORMALIZACIÓN			
MANUAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO			
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA			
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO	DÍA	MES	AÑO
	11	01	2019
ÁMBITO DE APLICACIÓN: Institucional			
AUTORIZÓ			
			
			
C.P. LILIO HERNÁNDEZ SANTIAGO			
DIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO			
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA			
VALIDÓ			
			
DR. MARIO MARTÍNEZ ROJAS			
DIRECTOR DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO			
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA			
ELABORÓ			
			
L.A. EVANGELINA MAYORAL PÉREZ			
RESPONSABLE DEL CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE LA			
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO			
<b>VIGENCIA:</b> Se actualizará cada tres años, a partir de la fecha que señala esta hoja de formalización y el exhorto, o antes si el Titular de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario solicita realizar cambios por modificaciones sustantivas.			

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>Área responsable de la emisión:</b>	<b>Departamento de Diseño Organizacional de la Dirección de Planeación y Desarrollo de los SSO.</b>
<b>CRÉDITOS:</b>	
MSP. Alberto Campos Santiago	Jefe del Departamento de Riesgos Ambientales.
C.P. Martha Elena Peto López	Jefa del Departamento de Diseño Organizacional.
C.P. Roberto Cruz Desales	Personal Operativo del Departamento de Diseño Organizacional.
Lic. Jaime Eduardo Castillejos Gutiérrez	Personal Operativo del Departamento de Diseño Organizacional.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## Índice

<b>I. Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>II. Alcance .....</b>	<b>8</b>
<b>III. Objetivo .....</b>	<b>8</b>
<b>IV. Políticas .....</b>	<b>9</b>
<b>V. Marco jurídico .....</b>	<b>10</b>
<b>VI. Trámites y Servicios. ....</b>	<b>11</b>
Trámite DRFS-01. Aviso de Funcionamiento del Establecimiento de Productos y Servicios. ....	11
Trámite DRFS-02. Aviso de Modificación al Aviso de Funcionamiento o Baja de Establecimiento de Productos y Servicios. ....	14
Trámite DRFS-03. Aviso Sanitario de Importación de Productos. (Bebidas no Alcohólicas, Cerámica y Loza Vidriada, Juguetes y Artículos Escolares).....	17
Trámite DRFS-04. Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario del Establecimiento de Servicios de Salud. ....	21
Trámite DRFS-05. Aviso de Funcionamiento y de Responsable del Establecimiento de Insumos para la Salud. Modalidad D.- Farmacia Alopática, Farmacia Homeopática. (Sin Preparación de Especialidades Farmacéuticas) o Boticas. ....	24
Trámite DRFS-06. Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Servicios de salud.....	27
Trámite DRFS-07. Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Insumos para la Salud. ....	30
Trámite DRFS-08. Aviso de Sospecha de Reacciones Adversas a los Medicamentos. ....	33
Trámite DRFS-09. Solicitud de Expedición de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Insumos para la Salud. Modalidad G.- Farmacia o Botica (Con venta de Medicamentos Controlados). ....	36
Trámite DRFS-10. Aviso de Responsable Sanitario de Insumos para la Salud del Establecimiento que Opera con Licencia. ....	40



**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

Trámite DRFS-11. Aviso de Previsiones de Compra-Venta de Medicamentos que Contengan Estupefacientes para Farmacias, Droguerías y Boticas. ....	43
Trámite DRFS-12. Permiso de Libros de Control para Estupefacientes y Psicotrópicos. ....	46
Trámite DRSF-13. Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos. ....	49
Trámite DRFS-14. Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos. ....	53
Trámite DRFS-15. Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción de Establecimientos Médicos. ....	56
Trámite DRFS-16. Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Sangre. Modalidad A.- Banco de Sangre. ....	59
Trámite DRFS-17. Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicios de Sangre. ....	63
Trámite DRFS-18. Permiso Sanitario de la Publicidad. Modalidad A.- Productos y Servicios (Para el Caso de Bebidas Alcohólicas, Suplementos Alimenticios, Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias Tóxicas, Servicios de Salud, Servicios de Procedimientos de Embellecimiento Físico). ....	66
Trámite DRFS-19. Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y Consumo Humano, incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo o para uso Industrial. Modalidad A.- Sistemas de Abastecimiento Privado. ....	69
Trámite DRFS-20. Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y Consumo Humano, incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo o para uso Industrial. Modalidad B.- Sistemas de Abastecimiento Público. ....	72
Trámite DRFS-21. Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud Ambiental. ....	75
Trámite DRFS-22. Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud Ambiental. ....	78
Trámite DRFS-23. Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias Tóxicas o Peligrosas. Modalidad A.- Para Servicios Urbanos de Fumigación, Desinfección y Control de Plagas. ....	81

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

Trámite DRFS-24. Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias Tóxicas o Peligrosas que opera con Licencia Sanitaria. .... 84

Trámite DRFS-25. Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad A.- Rayos X ..... 87

Trámite DRFS-26. Solicitud de Permiso de Responsable de Operación y Funcionamiento del Establecimiento que utiliza Fuentes de Radiación para fines Médicos. Modalidad A.- Rayos X. .... 90

Trámite DRFS-27. Denuncia Sanitaria. .... 94

**VII. Control de Cambios .....97**

**VIII. Anexos .....98**

**IX. Glosario .....178**

**X. Directorio .....180**

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## I. Introducción.

La Dirección de Regulación y Fomento de los Servicios de Salud de Oaxaca, ofrece a través del Centro Integral de Servicios la información e ingreso de trámites que los usuarios soliciten, es por ello que con la finalidad de facilitar la información se ha elaborado este Manual de Trámites y Servicios, documento de consulta y normalización administrativa que presenta de manera clara y objetiva los trámites y servicios que se proporcionan, así como formatos, fundamentos jurídicos, tiempo de respuesta, lugar y horarios de atención. La necesidad de contar con este tipo de instrumentos administrativos de información y orientación al público, obedece al compromiso institucional de agilizar la atención a la ciudadanía, facilitando al usuario sus gestiones mediante información confiable y completa de cada uno de los trámites y servicios.

Este documento se encuentra integrando por trámites publicados por la COFEPRIS y podrá ser de utilidad para los usuarios de nuestros servicios, ya sean usuarios externos como internos.

Cabe señalar que este manual debe ser analizado y en su caso actualizado por los posibles cambios que la COFEPRIS marque a través de la modificación al Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

Finalmente, para alcanzar el objetivo del presente Manual se requiere que sea difundido entre el personal encargado de su operación, de esta manera se pretende contribuir a mejorar la calidad del servicio que se presta.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## II. Alcance

El presente manual está diseñado para ser aplicado como material de consulta para los usuarios de nuestros servicios, que por su actividad así lo requieran.

El manual será de utilidad práctica para los Servicios de Salud de Oaxaca, así como las demás áreas técnicas y normativas relacionadas en el desarrollo de los procesos institucionales.

## III. Objetivo

Establecer un instrumento que sirva como guía para la presentación adecuada de trámites, para que el usuario tenga información clara y completa, a fin de que los procedimientos vayan dirigidos a ofrecer servicios de calidad y transparencia.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## IV. Políticas

- Cualquier solicitud de trámite promovida por un particular, deberá ser ingresada a través de las Ventanillas de Atención al Público del Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.
- Los trámites serán los que estén vigentes en el “Registro Federal de Trámites Empresariales” y que aparecen publicados en la página oficial de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- Los trámites que soliciten los usuarios deberán ser en los formatos y de acuerdo al instructivo de llenado que se haya establecido para cada trámite, mismos que estarán a la disposición de los usuarios del Centro Integral de Servicios o bien en la página oficial [www.gob.mx/cofepris](http://www.gob.mx/cofepris).
- Los formatos presentados por los usuarios deberán ser llenados a: mano con letra de molde, computadora o máquina.
- Los trámites que requieran pago de derechos, deberán ingresar a la página [www.gob.mx/cofepris](http://www.gob.mx/cofepris) para generar su hoja de ayuda.
- Los documentos que reúnan los requisitos legales necesarios, serán ingresados a través de un número de ingreso generado por el sistema.
- Previo a la recepción de los trámites, se deberá revisar en forma general el correcto y completo llenado del formato, que el pago de derechos se realice de acuerdo a la tarifa publicada en la Ley Federal de Pagos de Derechos vigente para el ejercicio en el que se realice el trámite.
- La falta o algún error en el pago de derechos será causa suficiente para la no recepción de la solicitud artículo 3 de la Ley Federal de Derechos.
- La información sobre las condiciones de los establecimientos o productos o sobre el estado que guarda un trámite, solo le dará al interesado directo o representante previa acreditación.
- La Ventanilla de Atención al Público no podrá determinar los documentos que se ingresen con motivo de un trámite o consulta, por lo que solo tendrá la responsabilidad de revisar el cumplimiento de la documentación conforme a los procedimientos y requisitos establecidos en la normatividad vigente.
- Para el caso de establecimiento con criterio de aceptación 2 al momento de la recepción se les estampará el sello con la leyenda “para envío al Centro Integral de Servicios de la Comisión Federal para la protección Contra Riesgos Sanitarios”.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## V. Marco jurídico

Marco Normativo Federal:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud
- Ley Federal de Derechos
- Ley Federal de Procedimientos Administrativos
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Establecimientos, Productos y Servicios
- Reglamento de Insumos para la Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad
- Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro de Trámites y Servicios de la Comisión de Mejora Regulatoria.

Marco Normativo Estatal:

- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca
- Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Gobierno de Oaxaca
- Ley de Procedimiento y Justicia Administrativa para el Estado de Oaxaca
- Ley Estatal de Salud



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**VI. Trámites y Servicios.**

**Trámite DRFS-01. Aviso de Funcionamiento del Establecimiento de Productos y Servicios.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-018	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Funcionamiento del establecimiento de productos y servicios.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Con este aviso el usuario da cumplimiento a lo ordenado por la Autoridad Sanitaria para el funcionamiento de su establecimiento y disminuirá el riesgo a la salud de la población.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO:</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<p>1.- Original y copia simple legible del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja" debidamente requisitado.</p> <p>2.- Copia legible de identificación oficial del Representante Legal o Propietario.</p> <p>3.- Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas.</p> <p>4.- En caso de personas morales: copia legible del acta constitutiva o poder notarial.</p> <p>NOTA: Para el caso de instituciones públicas adjuntar documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución.</p>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO:</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS:</b>	
<p>Formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable y de Modificación o Baja".</p> <p><b>Campos a requisitar:</b></p> <p>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</p> <p>2.- Datos del propietario.</p> <p>3.- Datos del establecimiento.</p> <p>6.- Datos del producto o servicio nuevo o a modificar.</p> <p>1) En Caso de productos</p> <p>2) Categoría del producto.</p> <p>3) Denominación genérica y específica del producto.</p>	<p><a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.doc">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.doc</a> X</p>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

4) Marca Comercial del Producto. 5) Si maquila el producto, datos de la empresa a la cual maquila (solo de ser el caso). 6) Si este producto es maquilado, escriba los datos de la empresa maquiladora (solo de ser el caso) 7) Producto nacional o importado. 8) Proceso				
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Acuse del Aviso de Funcionamiento.		Inmediata.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		Lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN:</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez.	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 116.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		<a href="mailto:CISOAX@hotmail.com">CISOAX@hotmail.com</a>		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349912/COFEPRIS-05-018.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349912/COFEPRIS-05-018.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE:</b>				
Artículo 200 y 200 Bis de la Ley General de Salud.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este trámite corresponde a un aviso, por lo que no se emitirá una resolución del mismo.</li> <li>• Este trámite se deberá realizar cuando se trate de la notificación de un establecimiento nuevo o de una sucursal.</li> <li>• Para los casos de modificación de datos, el usuario deberá dar aviso a esta Autoridad Sanitaria mediante el formato oficial <b>“Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja”</b>.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## Trámite DRFS-02. Aviso de Modificación al Aviso de Funcionamiento o Baja de Establecimiento de Productos y Servicios.

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-019	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Modificación al Aviso de Funcionamiento o Baja de Establecimiento de Productos y Servicios.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
El propietario o representante legal tendrá actualizados los datos del Aviso de funcionamiento ante la Autoridad Sanitaria.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>Original y copia del formato Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja.</li> <li>Para cambio de Representante legal: Original y copia del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público y copia de identificación oficial con fotografía del representante legal.</li> <li>Para el cambio de Persona autorizada: Copia de identificación oficial con fotografía.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja. Campos a requisitar en el Formato: 1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite. 2.- Datos del propietario. 3.- Datos del establecimiento. 6.- Datos del producto o servicio nuevo o a modificar. En Caso de productos: 1) Categoría del producto. 2) Denominación genérica y específica del producto. 3) Marca Comercial del Producto. 4) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila (de	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.dOCX">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.dOCX</a>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

ser el caso).				
5) Si este producto es maquilado, escriba los datos de la empresa maquiladora (de ser el caso).				
6) Producto Nacional o importado.				
7) Proceso				
8) Modificación o actualización de datos para establecimientos (de ser el caso).				
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Acuse de recibo del Aviso.		El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>	L.A. Evangelina Mayoral Pérez.			
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>	Responsable del Centro Integral de Servicios			
<b>TELÉFONO(S):</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 116.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	CISOAX@hotmail.com			
<b>PÁGINA WEB:</b>	http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx			
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349913/COFEPRIS-05-019.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349913/COFEPRIS-05-019.pdf</a>			
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 200 Bis 202 de la Ley General de Salud y 239 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (en un término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este trámite corresponde a un aviso, por lo que no se emitirá una resolución del mismo.</li> <li>• Este trámite se deberá realizar cuando se trate de la notificación de un establecimiento nuevo o de una sucursal.</li> <li>• Para los casos de modificación de datos, el usuario deberá dar aviso a esta Autoridad Sanitaria mediante el formato oficial "<b>Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja</b>".</li> </ul>				



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-03. Aviso Sanitario de Importación de Productos. (Bebidas no Alcohólicas, Cerámica y Loza Vidriada, Juguetes y Artículos Escolares).**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-01-006	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso Sanitario de Importación de Productos. (Bebidas no alcohólicas, cerámica y loza vidriada, juguetes y artículos escolares).		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
El usuario podrá introducir a territorio Nacional los juguetes y artículos escolares que cumplan con la legislación vigente de nuestro país.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Personas físicas o morales dedicadas a la importación o personas físicas para uso personal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<p>1) Formato "Avisos", debidamente requisitado.</p> <p>Para comercializar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Para juguetes, cerámica destinada a contener alimentos y artículos escolares: Constancia Sanitaria o Certificado de Libre Venta o Análisis de laboratorio.</li> <li>Para el resto de los productos: Constancia Sanitaria o Certificado de Libre Venta.</li> </ol> <p>Para uso personal:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Escrito libre dirigido al Director de Regulación y Fomento Sanitario, donde indique el uso y el compromiso de que no será para comercializarlo.</li> <li>Copia legible de la Identificación oficial del solicitante.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
<p>Formato "Avisos"</p> <p>Campos del formato a requisitar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Homoclave, nombre y modalidad de trámite.</li> <li>Datos de propietario.</li> <li>Datos del establecimiento (en caso de que sea para comercializar).</li> <li>Datos del producto. <ol style="list-style-type: none"> <li>Nombre de la clasificación del producto o servicio.</li> </ol> </li> </ol>	<p><a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Avisos.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Avisos.docx</a></p>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<p>Especificar:</p> <p>2) Denominación específica.</p> <p>3) Nombre o denominación distintiva.</p> <p>7) Tipo de producto.</p> <p>8) Uso específico o proceso.</p> <p>14) Fracción arancelaria.</p> <p>21) Modelo</p> <p>22) Descripción o denominación del producto.</p> <p>8.- Datos con quien se efectúa la operación de importación o exportación.</p> <p>8A.- Datos del fabricante.</p> <p>8B.- Datos del proveedor.</p>									
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>			<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>						
Acuse de recibo.			No aplica.						
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>			<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>						
Sin vigencia.			De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.						
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>									
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.									
<b>DIRECCIÓN</b>									
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>		<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>		<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>				
Calle		Colón		628	s/n				
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>		<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>		<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>				
Colonia		Centro		01	Oaxaca de Juárez				
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>		<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>				
67	Oaxaca de Juárez	20		Oaxaca	68000				
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>									
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.							
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios							
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.							
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com							
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/</a>							

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349640/COFEP_RIS-01-006.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349640/COFEP_RIS-01-006.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 286 Bis Fracción I de la Ley General de Salud y 240 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (en un término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		<a href="mailto:CISOAX@hotmail.com">CISOAX@hotmail.com</a>		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## NOTA:

- Este trámite será válido por única ocasión, en caso de que los productos importados sean para uso personal del usuario.
- En caso de que, el interesado requiera importar otro producto, deberá presentar nuevamente el Aviso Sanitario de Importación de Productos.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## Trámite DRFS-04. Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario del Establecimiento de Servicios de Salud.

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-036	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario del Establecimiento de Servicios de Salud.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Con este aviso el usuario da cumplimiento a lo ordenado por la Autoridad Sanitaria para el funcionamiento de su establecimiento y disminuirá el riesgo a la salud de la población.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
El propietario o representante legal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<p>1.- Original y copia simple legible del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja".</p> <p>2.- Copia legible de identificación oficial del Representante Legal o Propietario.</p> <p>3.- Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas.</p> <p>4.- En caso de personas morales: Copia legible del acta constitutiva o poder notarial.</p> <p>NOTA: Para el caso de Instituciones públicas, adjuntar documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución.</p>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
<p>Formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja".</p> <p>Campos a requisitar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</li> <li>2.- Datos del propietario.</li> <li>3.- Datos del establecimiento</li> <li>4.- Datos de la ambulancia (solo de ser el caso).</li> <li>5.- Datos del responsable sanitario.</li> <li>6.- Datos del producto o Servicio.                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Categoría del producto o servicio.</li> </ol> </li> </ol>	<p><a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.docx</a></p>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Acuse de recibo del aviso de funcionamiento y de responsable.	Inmediata.	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		<a href="mailto:CISOAX@hotmail.com">CISOAX@hotmail.com</a>		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349915/COFE-PRIS-05-036.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349915/COFE-PRIS-05-036.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 47, 200 y 200 Bis de la Ley General de Salud.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (en un término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> </ul>				



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

- En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.
- Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.

### LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:

<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>		<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>
Colonia		Centro	01	Oaxaca de Juárez
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000

### ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:

Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.

<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>	<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>
11 de enero	2019	No aplica.

### NOTA:

- Este trámite corresponde a un aviso, por lo que no se emitirá una resolución del mismo.
- Este trámite se deberá realizar cuando se trate de la notificación de un establecimiento nuevo o de una sucursal.
- Para los casos de modificación de datos, el usuario deberá dar aviso a esta Autoridad Sanitaria mediante el formato oficial "**Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja**".

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-05. Aviso de Funcionamiento y de Responsable del Establecimiento de Insumos para la Salud. Modalidad D.- Farmacia Alopática, Farmacia Homeopática. (Sin Preparación de Especialidades Farmacéuticas) o Boticas.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-006	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Funcionamiento y de Responsable del Establecimiento de Insumos para la Salud. Modalidad D.- Farmacia Alopática o Farmacia Homeopática (sin preparación de especialidades farmacéuticas) o boticas.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Con este aviso el usuario da cumplimiento a lo ordenado por la Autoridad Sanitaria para el funcionamiento de su establecimiento y disminuirá el riesgo a la salud de la población.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
El propietario o representante legal o responsable sanitario.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<p>1.- Original y copia simple legible del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja" debidamente requisitado.</p> <p>2.- Copia legible de identificación oficial del Representante Legal o Propietario.</p> <p>3.- Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas.</p> <p>4.- En caso de personas morales: copia legible del acta constitutiva o poder notarial.</p> <p>NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución.</p>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO:</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS:</b>	
<p>Formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja".</p> <p>Campos del formato a requisitar:</p> <p>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</p> <p>2.- Datos del propietario.</p> <p>3.- Datos del establecimiento.</p> <p>5.- Datos del responsable sanitario.</p> <p>6.- Datos del producto o Servicio.</p> <p>2) Categoría del producto o servicio.</p> <p>8) Proceso.</p>	<p><a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.doc">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.doc</a></p> <p>X</p>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Acuse de recibo de aviso de funcionamiento.		No aplica.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>	L.A. Evangelina Mayoral Pérez.			
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>	Responsable del Centro Integral de Servicios			
<b>TELÉFONO(S):</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	CISOAX@hotmail.com			
<b>PÁGINA WEB:</b>	<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/</a>			
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349905/COFEPRIS-05-006-D.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349905/COFEPRIS-05-006-D.pdf</a>			
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo. 200, 200 Bis y 259 de la Ley General de Salud.				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (en un término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com.		
TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD	NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	
Calle	Colón	628	s/n	
TIPO DE ASENTAMIENTO	NOMBRE DEL ASENTAMIENTO	CLAVE DE LA LOCALIDAD	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
FECHA DE VALIDACIÓN	AÑO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
11 de enero	2019	No aplica.		
NOTA:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este trámite corresponde a un aviso, por lo que no se emitirá una resolución del mismo.</li> <li>• Este trámite se deberá realizar cuando se trate de la notificación de un establecimiento nuevo o de una sucursal.</li> <li>• Para los casos de modificación de datos, el usuario deberá dar aviso a esta Autoridad Sanitaria mediante el formato oficial "<b>Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja</b>".</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-06. Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Servicios de salud.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-056	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Servicios de salud.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Tener actualizado los datos de su aviso de funcionamiento y de responsable ante la autoridad sanitaria.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Original y copia del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja".</li> <li>2. Para cambio de Representante legal: Original y copia del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público y copia de identificación oficial con fotografía del representante legal.</li> <li>3. Para el cambio de Persona autorizada: Copia de identificación oficial con fotografía.</li> <li>4. Para baja de responsable sanitario: Original del Aviso de responsable.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja". Campos a requisitar en el Formato: 1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite. 2.- Datos del propietario. 3.- Datos del establecimiento. 4.- Datos de la ambulancia (solo de ser el caso). 5.- Datos del responsable (solo de ser el caso). 6.- Datos del producto o servicio nuevo o a modificar. 2) Categoría del producto o servicio. 7.- Modificación o actualización de datos para establecimientos (en su caso).	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.docx</a>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Acuse de recibo del formato.		Inmediata		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349903/COF_EPRIS-05-056.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349903/COF_EPRIS-05-056.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>			<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>	
Trámite Gratuito.			No aplica.	
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 200, 200 Bis y 259 de la Ley General de Salud.				



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (en un término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD	NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	
Calle	Colón	628	s/n	
TIPO DE ASENTAMIENTO	NOMBRE DEL ASENTAMIENTO	CLAVE DE LA LOCALIDAD	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
FECHA DE VALIDACIÓN	AÑO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
11 de enero	2019	No aplica.		
NOTA:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este trámite corresponde a un aviso, por lo que no se emitirá una resolución del mismo.</li> <li>• Este trámite se deberá realizar cuando se trate de la notificación de un establecimiento nuevo o de una sucursal.</li> <li>• Para los casos de modificación de datos, el usuario deberá dar aviso a esta Autoridad Sanitaria mediante el formato oficial "<b>Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja</b>".</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-07. Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Insumos para la Salud.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-007-D	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o responsable sanitario del Establecimiento de Insumos para la Salud.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Tener actualizado los datos de su aviso de funcionamiento ante la autoridad sanitaria.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Original y copia del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja".</li> <li>2. Para cambio de Representante legal: Original y copia del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público y copia de identificación oficial con fotografía del representante legal.</li> <li>3. Para el cambio de Persona autorizada: Copia de identificación oficial con fotografía.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja" Campos a requisitar: 1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite. 2.- Datos del propietario. 3.- Datos del establecimiento. 5.- Datos del responsable (de ser el caso). 6.- Datos del producto o servicio nuevo o a modificar. 2) Categoría del producto o servicio. 7.- Modificación o actualización de datos para establecimientos (en su caso).	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Acuse de recibo del formato.	Inmediato.	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	CISOAX@hotmail.com			
<b>PÁGINA WEB:</b>	<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>			
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349911/COF_EPRIS-05-007-D.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349911/COF_EPRIS-05-007-D.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>			<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>	
Trámite Gratuito.			No aplica.	
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 200, 200 Bis y 259 de la Ley General de Salud.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (en un término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.

- Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.

### LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:

**TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:**

Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.

**CORREO ELECTRÓNICO:**

drfsoaxaca@hotmail.com

**TIPO DE VIALIDAD**

**NOMBRE DE VIALIDAD**

**NÚMERO EXTERIOR**

**NÚMERO INTERIOR**

Calle

Colón

628

s/n

**TIPO DE ASENTAMIENTO**

**NOMBRE DEL ASENTAMIENTO**

**CLAVE DE LA LOCALIDAD**

**NOMBRE DE LA LOCALIDAD**

Colonia

Centro

01

Oaxaca de Juárez

**CLAVE DEL MUNICIPIO**

**NOMBRE DEL MUNICIPIO**

**CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA**

**NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA**

**CÓDIGO POSTAL**

67

Oaxaca de Juárez

20

Oaxaca

68000

### ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:

Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.

**FECHA DE VALIDACIÓN**

**AÑO**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN**

11 de enero

2019

No aplica.

### NOTA:

- Este trámite corresponde a un aviso, por lo que no se emitirá una resolución del mismo.
- Este trámite se deberá realizar cuando se trate de la notificación de un establecimiento nuevo o de una sucursal.
- Para los casos de modificación de datos, el usuario deberá dar aviso a esta Autoridad Sanitaria mediante el formato oficial "**Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja**".

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-08. Aviso de Sospecha de Reacciones Adversas a los Medicamentos.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-04-017	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Este trámite permite informar a la Autoridad Sanitaria cualquier malestar (sospecha de reacción adversa) que posiblemente esté asociado al uso de algún medicamento o vacuna.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Instituciones, profesionales de la salud y población abierta.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
Original y copia del Formato "Aviso de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos".		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Aviso de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos" debidamente requisitado en original y copia. Campos a requisitar: 1- Homoclave y nombre del trámite. 2. Datos del paciente. 3. Datos de la sospecha de reacción adversa. 4. Información sobre el medicamento sospechoso. 5. Farmacoterapia concomitante. 6. Datos importantes de la historia clínica. 7. Procedencia de la información.	<a href="http://documentos.cofepris.gob.mx/archivos/cis/FORMATOS/Formato_Aviso_Reacciones_Adversas.docx">http://documentos.cofepris.gob.mx/archivos/cis/FORMATOS/Formato_Aviso_Reacciones_Adversas.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Acuse de recibo del Aviso.	Inmediata.	
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>	<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	
Sin vigencia.	De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
DIRECCIÓN				
TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD	NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	
Calle	Colón	628	s/n	
TIPO DE ASENTAMIENTO	NOMBRE DEL ASENTAMIENTO	CLAVE DE LA LOCALIDAD	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		<a href="mailto:CISOAX@hotmail.com">CISOAX@hotmail.com</a>		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349665/COF_EPRIS-04-017.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349665/COF_EPRIS-04-017.pdf</a>		
COSTO:		LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:				
No aplica.				
FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE				
Artículo 58 fracción V bis de la Ley General de Salud y 38 del Reglamento de Insumos para la Salud.				
DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> <li>Conocer a través del Centro Nacional de Farmacovigilancia si existe riesgo, las medidas adoptadas y las recomendaciones al respecto.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com.		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Este trámite corresponde a un aviso, por lo que no se emitirá una resolución del mismo.</li> </ul>				



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-09. Solicitud de Expedición de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Insumos para la Salud. Modalidad G.- Farmacia o Botica (Con venta de Medicamentos Controlados).**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-001-G	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Solicitud de Expedición de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Insumos para la Salud. Modalidad G.- Farmacia o Botica (Con Venta de Medicamentos Controlados).		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con la autorización sanitaria necesaria para la comercialización de medicamentos controlados, vacunas, hemoderivados, toxoides, sueros y antitoxinas de origen animal y poder realizar su trabajo apegado a la normatividad vigente y disminuir los riesgos a la salud.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Persona física, Propietario o Representante Legal de Farmacia.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Original y copia simple legible del formato "Autorizaciones, Certificados y Visitas" debidamente requisitado.</li> <li>2.- Copia legible de identificación oficial del Representante Legal o Propietario.</li> <li>3.- Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas.</li> <li>4.- En caso de personas morales: copia legible del acta constitutiva o poder notarial.</li> <li>5.- Registro Federal de Contribuyentes.</li> <li>6.- Original y dos copias del comprobante del pago de derechos.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Autorizaciones, Certificados y Visitas". Campos a requisitar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</li> <li>2.- Datos del propietario.</li> <li>3.- Datos del establecimiento.</li> <li>5.- Datos del producto.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de la clasificación del producto o servicio.</li> <li>2) Especificar.</li> </ol> </li> </ol>	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Autorizaciones.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Autorizaciones.docx</a>	



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Autorización, prevención o desecho.		60 días hábiles.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349729/COFEPRIS-05-001-G.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349729/COFEPRIS-05-001-G.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
\$1,482.00 (sujeto a cambio).		HSBC CITIBANAMEX BANORTE BANCA MIFEL SANTANDER BBVABANCOMER SCOTIABANK INBURSA BANJERCITO		

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
Artículo 195 Fracción III inciso c de la Ley Federal de Derechos.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículos 198 fracciones I y II, 204, 257, 258 y 373 de la Ley General de Salud, 113 y 162 del Reglamento de Insumos para la Salud.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> <li>• El usuario podrá acudir personalmente a las oficinas de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario a recibir la información que indique los motivos que fundaron el desecho.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>	<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>		
11 de enero	2019	No aplica.		
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El pago de derechos corresponde a la tarifa aplicable en el año fiscal en el que el usuario presente el trámite.</li> <li>• La presentación del trámite, así como el pago de derechos, no implica que la respuesta que emita la Autoridad Sanitaria, sea en sentido afirmativo.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

- Si transcurrido el plazo correspondiente, no se desahoga la prevención, la Autoridad Sanitaria desechará el trámite.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-10. Aviso de Responsable Sanitario de Insumos para la Salud del Establecimiento que Opera con Licencia.**

<b>CLAVE:</b>		<b>ÁREA:</b>		<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	
COFEPRIS-05-011		Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.		11 de enero 2019	
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>					
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).					
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>					
Aviso de Responsable Sanitario de Insumos Para la Salud del Establecimiento que Opera con Licencia.					
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>					
Contar con el aviso necesario para poder desempeñar su función como responsable notificado ante la Autoridad Sanitaria y el establecimiento contará con una persona que garantiza que se cumpla con la legislación sanitaria.					
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>			<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE, PRESENCIAL O EN LÍNEA:</b>		
El propietario representante legal o responsable sanitario.			Presencial.		
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>					
1.- Original y copia del formato "Avisos" debidamente requisitado.					
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>					
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>			<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>		
Ninguno.			<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Avisos.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Avisos.docx</a>		
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>			<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Acuse de recibo del aviso de responsable sanitario.			No aplica.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>			<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.			De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>					
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.					
<b>DIRECCIÓN</b>					
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>		
Calle	Colón	628	s/n		

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>		<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>		<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>		<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia		Centro		01		Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>		<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>		<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>		<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez		20		Oaxaca		68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>							
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.					
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios					
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.					
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com					
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>					
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349667/COFE-PRIS-05-011.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349667/COFE-PRIS-05-011.pdf</a>					
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>					
Trámite Gratuito.		No aplica.					
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>							
No aplica.							
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>							
Artículo 259 de la Ley General de Salud.							
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>							
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>							
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.					
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com					

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD	NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	
Calle	Colón	628	s/n	
TIPO DE ASENTAMIENTO	NOMBRE DEL ASENTAMIENTO	CLAVE DE LA LOCALIDAD	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
FECHA DE VALIDACIÓN	AÑO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
11 de enero	2019	No aplica.		
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de modificación de responsable sanitario, el usuario tiene la obligación de dar aviso a ésta Autoridad Sanitaria mediante el formato oficial "Avisos".</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-11. Aviso de Previsiones de Compra-Venta de Medicamentos que Contengan Estupefacientes para Farmacias, Droguerías y Boticas.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-03-014	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Previsiones de Compra-Venta de Medicamentos que contengan Estupefacientes para Farmacias, Droguerías y Boticas.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Tendrán la información para el control de estupefacientes y les permitirá saber que tanto se ocupan.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
El propietario, representante legal o responsable sanitario.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
1.- Formato "Avisos" debidamente requisitado.		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
<p>Formato "Avisos". Campos del formato a requisitar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</li> <li>2.- Datos del propietario.</li> <li>3.- Datos del establecimiento.</li> <li>4.- Datos del producto.             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de la clasificación del producto o servicio.</li> <li>2) Especificar.</li> <li>4) Nombre (marca comercial)</li> <li>5) Denominación común, denominación genérica o nombre científico.</li> <li>7) Cantidad o volumen total.</li> <li>8) Unidad de medida.</li> <li>12) Fecha de último balance.</li> <li>15) Presentación farmacéutica o tipo de envase.</li> </ol> </li> </ol>	<p><a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Avisos.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato Avisos.docx</a></p>	



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Acuse de recibo del Aviso de Previsiones.		No aplica.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
6 meses.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>	L.A. Evangelina Mayoral Pérez.			
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>	Responsable del Centro Integral de Servicios			
<b>TELÉFONO(S):</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	CISOAX@hotmail.com			
<b>PÁGINA WEB:</b>	<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/</a>			
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349661/COFEPRIS-03-014.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349661/COFEPRIS-03-014.pdf</a>			
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 114 párrafo último del Reglamento de Insumos para la Salud.				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante.</li> </ul>				
LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD	NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	
Calle	Colón	628	s/n	
TIPO DE ASENTAMIENTO	NOMBRE DEL ASENTAMIENTO	CLAVE DE LA LOCALIDAD	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
FECHA DE VALIDACIÓN		AÑO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
11 de enero		2019	No aplica.	
NOTA:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sugiere al usuario notifique la cantidad de medicamentos estupefacientes que prevén adquirir en los próximos 6 meses contados a partir de la fecha del presente trámite, toda vez que será improcedente una nueva solicitud, antes del transcurso de ese periodo de tiempo.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-12. Permiso de Libros de Control para Estupefacientes y Psicotrópicos.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-03-005	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Permiso de Libros de Control para Estupefacientes y Psicotrópicos.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Este control de registro les será de utilidad para el balance de medicamentos.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
El propietario, representante legal o responsable sanitario de farmacias.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Original y copia del formato de "Autorizaciones, Certificados y Visitas", debidamente requisitado.</li> <li>2. Copia de la Licencia Sanitaria.</li> <li>3. Copia del Aviso de Responsable Sanitario.</li> <li>4. Libros a autorizar.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato de "Autorizaciones, Certificados y Visitas Campos a requisitar: 1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite. 2.- Datos del propietario. 3.- Datos del establecimiento.	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Autorizaciones.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Autorizaciones.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Comprobante de permiso de libros.	5 días hábiles.	
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>	<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	
Sin vigencia.	De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.	
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>		
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.		

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>DIRECCIÓN:</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>	L.A. Evangelina Mayoral Pérez.			
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>	Responsable del Centro Integral de Servicios			
<b>TELÉFONO(S):</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	CISOAX@hotmail.com			
<b>PÁGINA WEB:</b>	<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>			
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/350119/COFE-PRIS-03-005.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/350119/COFE-PRIS-03-005.pdf</a>			
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículos 375 Fracción IV de la Ley General de Salud; 46 y 159 del Reglamento de Insumos para la Salud.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite correcto.</li> <li>• En caso de desecho del trámite, el usuario podrá acudir a las oficinas de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario a recibir información que indique los motivos de la resolución.</li> <li>• Solicitar la devolución de los libros no autorizados.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el caso de modificación de responsable sanitario, el usuario deberá cambiar sus libros y solicitar nuevamente la autorización de éstos, con el nombre del actual responsable sanitario.</li> <li>• Al realizar el presente trámite, se recomienda indicar en la primera página del libro, el grupo de medicamento para el cual será(n) utilizado(s), ya que la autorización corresponderá a un libro por grupo.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRSF-13. Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-034	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con la autorización sanitaria necesaria que marca la Ley General de Salud y así poder realizar su trabajo apegado a la normatividad vigente, disminuyendo los riesgos a la salud de la población.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario Representante Legal del Establecimiento.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Original y copia del Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado.</li> <li>2.- Original y 2 copias del comprobante del pago de derechos.</li> <li>3.- Copia legible de identificación oficial del Representante Legal o Propietario.</li> <li>4.- Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas.</li> <li>5.- En caso de personas morales: copia legible del acta constitutiva o poder notarial.</li> <li>6.- Para el caso de Instituciones Públicas adjuntar documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución.</li> <li>7.- Planos y memoria descriptiva o permiso sanitario de construcción.</li> <li>8.- Copia legible del currículum vitae del director del establecimiento.</li> <li>9.- Copia legible del aviso de responsable sanitario.</li> <li>10.- Programa médico.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Servicios de Salud". Campos a requisitar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</li> <li>2.- Datos del propietario.</li> <li>3.- Datos del establecimiento.</li> <li>7.- Establecimiento de atención médica donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos.</li> </ol>	<a href="http://documentos.cofepris.gob.mx/archivos/cis/FORMATOS/Formato_Servicios_Salud.docx">http://documentos.cofepris.gob.mx/archivos/cis/FORMATOS/Formato_Servicios_Salud.docx</a>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Licencia Sanitaria.		60 días hábiles.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349742/COF_EPRIS-05-034.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349742/COF_EPRIS-05-034.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
\$21,651.00 (sujeto a cambio).		HSBC CITIBANAMEX BANORTE BANCA MIFEL SANTANDER BBVABANCOMER SCOTIABANK INBURSA BANJERCITO		



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
Artículo 195, Fracción IV de la Ley Federal de Derechos.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 198 Fracción V de la Ley General de Salud; 220 Fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 90 Fracción I, II y III del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta emitida por la COFEPRIS, para que subsane la omisión dentro del término que le establezca. Transcurrido el plazo correspondiente sin desahogar la prevención, la autoridad desechará el trámite.</li> <li>• En caso de negativa o desecho, la COFEPRIS le informará por escrito al usuario.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La labor de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los SSO, es únicamente como enlace en la recepción del trámite, toda vez que realiza el envío del mismo a la COFEPRIS,</li> </ul>				

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

quien es la instancia que tiene a cargo la resolución y emite la autorización del trámite, o en su caso, la negativa.

- El presente trámite es de competencia federal, el usuario tiene la opción de realizarlo directamente en el CIS de la COFEPRIS, que se encuentra ubicado en Oklahoma 14, Col. Nápoles, Del. Benito Juárez, en la Ciudad de México.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-14. Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-037	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento en que se Practiquen Actos Quirúrgicos y/u Obstétricos.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con el aviso de responsable para poder desempeñar su función como responsable notificado ante la Autoridad Sanitaria.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado.</li> <li>2.- Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento.</li> <li>3.- Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional.</li> <li>4.- Copia legible del certificado de la especialidad.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Servicios de Salud". Campos a requisitar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</li> <li>2. Datos del propietario.</li> <li>3. Datos del establecimiento.</li> <li>4. Datos del responsable de establecimiento de salud que opera con licencia sanitaria.</li> </ol>	<a href="http://documentos.cofepris.gob.mx/archivos/cis/FORMATOS/Formato_Servicios_Salud.docx">http://documentos.cofepris.gob.mx/archivos/cis/FORMATOS/Formato_Servicios_Salud.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Acuse del Aviso de Responsable.	Inmediato.	
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>	<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	
Sin vigencia.	De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
DIRECCIÓN				
TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD	NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	
Calle	Colón	628	s/n	
TIPO DE ASENTAMIENTO	NOMBRE DEL ASENTAMIENTO	CLAVE DE LA LOCALIDAD	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:				
NOMBRE DEL RESPONSABLE:		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
CARGO DEL RESPONSABLE:		Responsable del Centro Integral de Servicios		
TELÉFONO(S):	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
CORREO ELECTRÓNICO:	CISOAX@hotmail.com			
PÁGINA WEB:	<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>			
HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349674/COFEPRIS-05-037.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349674/COFEPRIS-05-037.pdf</a>			
COSTO:		LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:				
No aplica				
FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE				
Artículo 47 y 200 Bis de la Ley General de Salud y 18 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica.				
DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>		<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>
Colonia		Centro	01	Oaxaca de Juárez
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>La labor de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los SSO, es únicamente como enlace en la recepción del trámite, toda vez que realiza el envío del mismo a la COFEPRIS, quien es la instancia que tiene a cargo la resolución y emite la autorización del trámite, o en su caso, la negativa.</li> <li>El presente trámite es de competencia federal, el usuario tiene la opción de realizarlo directamente en el CIS de la COFEPRIS, que se encuentra ubicado en Oklahoma 14, Col. Nápoles, Del. Benito Juárez, en la Ciudad de México.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-15. Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción de Establecimientos Médicos.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-039	Dirección de Regulación y Fomento Sanitario. Centro Integral de Servicios.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción de establecimientos médicos.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
El usuario contará con el permiso que le permitirá tramitar su licencia sanitaria de establecimientos que practican actos quirúrgicos y/u obstétricos.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal del Establecimiento.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Original y copia del Formato "Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción".</li> <li>2.- Original y copia simple legible del programa médico.</li> <li>3.- Original y copia simple legible del programa médico-arquitectónico en el que consideren, como mínimo, las áreas para cada tipo de hospital, según su complejidad.</li> <li>4.- Original y copia simple legible de la memoria descriptiva.</li> <li>5.- Original y copia simple legible de los planos en papel y de preferencia en electrónico.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción"	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Permiso_Sanitario_Construccion.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Permiso_Sanitario_Construccion.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Permiso Sanitario.	60 días hábiles.	
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>	<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	
2 años.	De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.	
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>		
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.		

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

DIRECCIÓN				
TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD	NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	
Calle	Colón	628	s/n	
TIPO DE ASENTAMIENTO	NOMBRE DEL ASENTAMIENTO	CLAVE DE LA LOCALIDAD	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/350138/COF-EPRIS-05-039.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/350138/COF-EPRIS-05-039.pdf</a>		
COSTO:		LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:		
Trámite Gratuito.		No aplica		
SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:				
No aplica.				
FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE				
Artículo 118 Fracción VI de la Ley General de Salud y 224 Fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.				
DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta emitida por la COFEPRIS, para que subsane la omisión dentro del término que le establezca. Transcurrido el plazo correspondiente sin desahogar la prevención, la autoridad desechará el trámite.</li> <li>• En caso de negativa o desecho, la COFEPRIS le informará por escrito al usuario.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La labor de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los SSO, es únicamente como enlace en la recepción del trámite, toda vez que realiza el envío del mismo a la COFEPRIS, quien es la instancia que tiene a cargo la resolución y emite la autorización del trámite, o en su caso, la negativa.</li> <li>• El presente trámite es de competencia federal, el usuario tiene la opción de realizarlo directamente en el CIS de la COFEPRIS, que se encuentra ubicado en Oklahoma 14, Col. Nápoles, Del. Benito Juárez, en la Ciudad de México.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-16. Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Sangre. Modalidad A.- Banco de Sangre.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-09-025-A	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Salud con Servicio de Sangre. Modalidad A.- Banco de Sangre.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con la autorización sanitaria para realizar su trabajo apegado a la normatividad vigente y disminuir los riesgos a la salud.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal del Establecimiento de Transfusión Sanguínea.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<p>1.- Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado.</p> <p>2.- Comprobante del pago de derechos en original y dos copias.</p> <p>3.- En caso de Personas Morales:</p> <p>4.- Original y copia legible para cotejo del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal.</p> <p>5.- Copia legible de identificación oficial del propietario, representante legal y personas autorizadas.</p> <p>6.- Registro Federal de Contribuyentes.</p> <p>NOTA: Para el caso de Instituciones públicas, adjuntar la documentación conforme a lo siguiente: Copia legible del nombramiento de la institución que representa y documento que acredite sus atribuciones y facultades (gaceta o reglamento interno).</p> <p>7.- Manual de procedimientos del banco de sangre. (Sólo para el caso de Establecimiento de Banco de Sangre).</p>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
<p>Formato "Servicios de Salud"</p> <p>Campos a requisitar:</p> <p>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</p> <p>2.- Datos del propietario.</p> <p>3.- Datos del establecimiento.</p> <p>9.- Establecimiento de banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea.</p>	<p><a href="http://documentos.cofepris.gob.mx/archivos/cis/FORMATOS/Formato_Servicios_Salud.docx">http://documentos.cofepris.gob.mx/archivos/cis/FORMATOS/Formato_Servicios_Salud.docx</a></p>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Licencia Sanitaria.		45 días hábiles.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>		<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>
Calle		Colón	628	s/n
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>		<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>
Colonia		Centro	01	Oaxaca de Juárez
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349772/COFE-PRIS-09-025-A.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349772/COFE-PRIS-09-025-A.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>			<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>	
Banco de Sangre \$12,299.00 (sujeto a cambio).			HSBC CITIBANAMEX BANORTE BANCA MIFEL SANTANDER BBVABANCOMER SCOTIABANK INBURSA BANJERCITO	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
Artículo 195-A, Fracción VIII, de la Ley Federal de Derechos.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 315 de la Ley General de Salud; 90 Fracción II y III del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta emitida por la COFEPRIS, para que subsane la omisión dentro del término que le establezca. Transcurrido el plazo correspondiente sin desahogar la prevención, la autoridad desechará el trámite.</li> <li>En caso de negativa o desecho, la COFEPRIS le informará por escrito al usuario.</li> <li>Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>La labor de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los SSO, es únicamente como enlace en la recepción del trámite, toda vez que realiza el envío del mismo a la COFEPRIS, quien es la instancia que tiene a cargo la resolución y emite la autorización del trámite, o en su</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

caso, la negativa.

- El presente trámite es de competencia federal, el usuario tiene la opción de realizarlo directamente en el CIS de la COFEPRIS, que se encuentra ubicado en Oklahoma 14, Col. Nápoles, Del. Benito Juárez, en la Ciudad de México.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-17. Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicios de Sangre.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-092	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud con Servicios de Sangre.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con el aviso necesario para poder desempeñar su función como responsable sanitario notificado ante la autoridad sanitaria.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
El propietario o representante legal o responsable sanitario.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Original y copia del formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado.</li> <li>2.- Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento.</li> <li>3.- Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional.</li> <li>4.- Copia legible del certificado de la especialidad en hematología o patología clínica.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Servicios de Salud". Campos a requisitar: 1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite. 2.- Datos del propietario. 3.- Datos del establecimiento. 4.- Datos del responsable de establecimiento de salud que opera con licencia sanitaria.	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Servicios_Salud.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Servicios_Salud.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Acuse del Aviso de responsable de servicio de transfusión.	Inmediata.	
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>	<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	
Sin vigencia.	De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349699/COFEPRIS-05-092.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349699/COFEPRIS-05-092.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Art. 47 y 200 Bis de la Ley General de Salud y 18 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta emitida por la COFEPRIS, para que subsane la omisión dentro del término que le establezca. Transcurrido el plazo correspondiente sin desahogar la prevención, la autoridad desechará el trámite.</li> <li>• En caso de negativa o desecho, la COFEPRIS le informará por escrito al usuario.</li> </ul>				

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

- Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.

**LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:**

<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	drfsoaxaca@hotmail.com			
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000

**ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:**

Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.

<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>	<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>
11 de enero	2019	No aplica.

**NOTA:**

- La labor de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los SSO, es únicamente como enlace en la recepción del trámite, toda vez que realiza el envío del mismo a la COFEPRIS, quien es la instancia que tiene a cargo la resolución y emite la autorización del trámite, o en su caso, la negativa.
- El presente trámite es de competencia federal, el usuario tiene la opción de realizarlo directamente en el CIS de la COFEPRIS, que se encuentra ubicado en Oklahoma 14, Col. Nápoles, Del. Benito Juárez, en la Ciudad de México.
- Este trámite corresponde a un aviso, por lo que no se emitirá una resolución del mismo.



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-18. Permiso Sanitario de la Publicidad. Modalidad A.- Productos y Servicios (Para el Caso de Bebidas Alcohólicas, Suplementos Alimenticios, Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias Tóxicas, Servicios de Salud, Servicios de Procedimientos de Embellecimiento Físico).**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-02-001-A	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Permiso Sanitario de la publicidad. Modalidad A.- Productos y Servicios (para el caso de bebidas alcohólicas, suplementos alimenticios, plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas, servicios de salud, servicios de procedimientos de embellecimiento, físico).		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
El usuario contará con la autorización para poder hacer publicidad de productos o de servicios relacionados con la salud.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO:</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario Representante Legal del Establecimiento.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Formato de Publicidad.</li> <li>2.- Original y dos copias del comprobante de pago de derechos.</li> <li>3.- Proyecto de publicidad en dos tantos.</li> <li>4.- Documento que dé sustento a las afirmaciones hechas en la publicidad.</li> <li>5.- Número de licencia o aviso de funcionamiento.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato de Publicidad. Campos a requisitar: 1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite. 2.- Datos del propietario. 3.- Datos del establecimiento. 4.- Datos los productos y servicios. 5A.- Datos de la agencia de publicidad. 5B.- Información de la publicidad.	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Publicidad.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Publicidad.docx</a>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Permiso		10 días hábiles.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
2 años.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>		<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>
Calle		Colón	628	s/n
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>		<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>
Colonia		Centro	01	Oaxaca de Juárez
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/350111/COFE-PRIS-02-001-A.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/350111/COFE-PRIS-02-001-A.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>			<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>	
Televisión e internet \$25,288.00 Cine, video en lugares públicos \$ 3,519.00 Radio \$ 2,501.00 Prensa \$ 834.00 Folletos, catálogos, carteles \$ 574.00 Anuncios en exteriores \$ 4,446.00			HSBC CITIBANAMEX BANORTE BANCA MIFEL SANTANDER BBVA BANCOMER SCOTIABANK INBURSA BANJERCITO	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
Artículo 195, Fracción I, incisos a, b, c, d, e y f de la Ley Federal de Derechos.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE:</b>				
Artículo 301 de la Ley General de Salud. Artículo 79 y 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>	<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>		
11 de enero	2019	No aplica.		
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Clave SCIAN para este trámite deberá coincidir con la manifestada en el aviso de funcionamiento o solicitud de licencia sanitaria.</li> <li>• El pago de derechos corresponde a la tarifa aplicable en el año fiscal en el que el usuario presente el trámite.</li> <li>• La presentación del trámite, así como el pago de derechos, no implica que la respuesta que emita la Autoridad Sanitaria, sea en sentido afirmativo.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-19. Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y Consumo Humano, incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo o para uso Industrial. Modalidad A.- Sistemas de Abastecimiento Privado.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-07-003-A	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y consumo humano, incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo o para Uso Industrial. Modalidad A.- Sistemas de Abastecimiento Privado.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con la autorización sanitaria para realizar su trabajo y así evitar daños a la salud de la población por el consumo de agua contaminada.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal de un pozo.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Formato "Otros Trámites", debidamente requisitado.</li> <li>2.- Original y dos copias simples legibles del comprobante de pago de derechos.</li> <li>3.- Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución.</li> <li>4.- Copia legible de identificación oficial del representante legal.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Otros Trámites". Campos a requisitar: 1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite. 4.- Certificados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento. 4A.- Abastecimiento privado.	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Otros_Tramites.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Otros_Tramites.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Certificado.	1 a 3 meses.	
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>	<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	
1 año.	De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>	L.A. Evangelina Mayoral Pérez.			
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>	Responsable del Centro Integral de Servicios			
<b>TELÉFONO(S):</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	CISOAX@hotmail.com			
<b>PÁGINA WEB:</b>	<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>			
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349631/COFEPRIS-07-003-A.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349631/COFEPRIS-07-003-A.pdf</a>			
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Sobre sistemas de abastecimiento de agua privados, para determinar la condición sanitaria de las instalaciones hidráulicas:.....\$6,240.00 (Sujeto a cambio).		HSBC		
Sobre la calidad sanitaria fisicoquímica y bacteriológica del agua de uso y consumo humano..... \$2,936.00 (Sujeto a cambio).		CITIBANAMEX		
		BANORTE		
		BANCA MIFEL		
		SANTANDER		
		BBVABANCOMER		
		SCOTIABANK		
		INBURSA		
		BANJERCITO		
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
Artículo 195-E Fracciones V y VI de la Ley Federal de Derechos.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 119 Fracción II de la Ley General de Salud.				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar nuevamente su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>					
LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:					
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com			
TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD	NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR		
Calle	Colón	628	s/n		
TIPO DE ASENTAMIENTO	NOMBRE DEL ASENTAMIENTO	CLAVE DE LA LOCALIDAD	NOMBRE DE LA LOCALIDAD		
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez		
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL	
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000	
ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:					
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.					
FECHA DE VALIDACIÓN	AÑO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN			
11 de enero	2019	No aplica.			
NOTA:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El pago de derechos corresponderá a la tarifa del ejercicio (año) en que se presenta el trámite.</li> <li>• En caso de que el agua sólo sea para usos industriales, riego de jardines y para cualquier otro uso, siempre y cuando no sea utilizada para uso o consumo humano, el usuario deberá solicitar únicamente el certificado de condición sanitaria del pozo.</li> </ul>					

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-20. Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y Consumo Humano, incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo o para uso Industrial. Modalidad B.- Sistemas de Abastecimiento Público.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-07-003-B	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y consumo humano, incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo o para Uso Industrial. Modalidad B.- Sistemas de Abastecimiento Público.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con la autorización sanitaria necesaria para dotar de agua potable a una población determinada y así evitar daños a la salud de la población por el consumo de agua contaminada.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Representante Legal de un pozo.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Formato "Otros Trámites", debidamente requisitado.</li> <li>2.- Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución.</li> <li>3.- Copia legible de identificación oficial del representante legal.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Otros Trámites". Campos a requisitar: 1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite. 4.-Certificados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento. 4B.- Abastecimiento público. 4B1.- Obras de captación. 4B2.- Contaminación.	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Otros_Tramites.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Otros_Tramites.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Certificado.	1 a 3 meses.	
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>	<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	
1 año.	De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.	



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
DIRECCIÓN				
TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD	NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	
Calle	Colón	628	s/n	
TIPO DE ASENTAMIENTO	NOMBRE DEL ASENTAMIENTO	CLAVE DE LA LOCALIDAD	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349632/COF-EPRIS-07-003-B.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349632/COF-EPRIS-07-003-B.pdf</a>		
COSTO:		LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:				
No aplica.				
FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE				
Artículo 119 Fracción II de la Ley General de Salud.				
DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite)</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

- Acudir personalmente a las oficinas de la Dirección General de Regulación y Fomento Sanitario a recibir la información que indique los motivos que fundaron la negativa.

### LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:

<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	drfsoaxaca@hotmail.com			
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000

### ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:

Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.

<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>	<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>
11 de enero	2019	No aplica.

### NOTA:

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-21. Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud Ambiental.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-023	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud Ambiental.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con el Aviso de Funcionamiento necesario para su establecimiento nuevo o de una sucursal nueva, así también garantizará que el responsable del funcionamiento se apegue a la Regulación Sanitaria vigente y de la pureza y seguridad de los productos.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o representante legal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<p>1.- Original y copia simple legible del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja".</p> <p>2.- Copia legible de identificación oficial del Representante Legal o Propietario.</p> <p>3.- Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas.</p> <p>4.- En caso de personas morales: Copia legible del acta constitutiva o poder notarial.</p> <p>NOTA: Para el caso de Instituciones Públicas adjuntar documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución.</p>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
<p>Formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja"</p> <p>Campos a requisitar:</p> <p>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</p> <p>2.- Datos del propietario.</p> <p>3.- Datos del establecimiento.</p> <p>5.- Datos del responsable sanitario.</p> <p>6.- Datos del producto o servicio nuevo o a modificar.</p> <p>2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla B.</p> <p>8) Proceso.</p>	<p><a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.dOCX">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.dOCX</a></p>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Acuse del Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario.		No aplica.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>		<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>
Calle		Colón	628	s/n
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>		<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>
Colonia		Centro	01	Oaxaca de Juárez
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx/		
<b>HIPERVÍNCULO A LA PÁGINA, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349914/COFEPRIS-05-023.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349914/COFEPRIS-05-023.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 200 y 200 Bis de la Ley General de Salud.				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante.</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos aplicables, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos, de acuerdo al presente manual.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	drfsoaxaca@hotmail.com			
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este trámite es un aviso, por lo que no existe una resolución del mismo.</li> <li>• Este trámite se deberá realizar cuando se trate de la notificación de un establecimiento nuevo o de una sucursal, en caso de modificación de datos el usuario deberá dar aviso a esta Autoridad Sanitaria mediante formato oficial "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja".</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-22. Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud Ambiental.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-049	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Salud Ambiental.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Tener actualizados los datos de su aviso de funcionamiento ante la autoridad sanitaria.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<p>1.-Original y copia legible del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja".</p> <p>2.-Para cambio de representante legal: Original y copia del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público y copia de identificación oficial con fotografía del representante legal.</p> <p>2.- Para el cambio de persona autorizada: Copia de identificación oficial con fotografía.</p>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
<p>Formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja".</p> <p>Campos a requisitar:</p> <p>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</p> <p>2.- Datos del propietario.</p> <p>3.- Datos del establecimiento.</p> <p>5.- Datos del responsable (de ser el caso).</p> <p>6.- Datos del producto o servicio nuevo o a modificar.</p> <p>2) Categoría del producto o servicio.</p> <p>7.- Modificación o actualización de datos para establecimientos (de ser el caso).</p>	<p><a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.dOCX">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Aviso_Funcionamiento.dOCX</a></p>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Acuse de recibo del formato.	Inmediato	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NUMERO EXTERIOR</b>	<b>NUMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	CISOAX@hotmail.com			
<b>PÁGINA WEB:</b>	<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>			
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349899/COF_EPRIS-05-049.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349899/COF_EPRIS-05-049.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
Trámite Gratuito.		No aplica.		
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 200, 200 Bis y 259 de la Ley General de Salud.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.comil.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este trámite es un aviso, por lo cual el usuario no obtendrá una resolución.</li> <li>• Este trámite se deberá realizar cuando se trate de la notificación de un establecimiento nuevo o de una sucursal, en caso de modificación de datos el usuario deberá dar aviso a esta Autoridad Sanitaria mediante formato oficial "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o baja".</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-23. Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias Tóxicas o Peligrosas. Modalidad A.- Para Servicios Urbanos de Fumigación, Desinfección y Control de Plagas.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-022-A	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Solicitud de Licencia Sanitaria para Establecimientos de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias Tóxicas o peligrosas. Modalidad A.- Para Servicios Urbanos de fumigación, desinfección y control de plagas.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con la autorización sanitaria necesaria para realizar su trabajo, apegado a la normatividad vigente y disminuir los riesgos a la salud.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal de empresa fumigadora.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Formato de Autorizaciones, Certificados y Visitas, debidamente requisitado.</li> <li>2.- Original y dos copias del comprobante de pago de derechos, en términos de la Ley Federal de Derechos.</li> <li>3.- Examen de colinesterasa en sangre del personal aplicador. (Original).</li> <li>4.- Plano del establecimiento en donde se especifiquen las áreas y se identifiquen el flujo de personal, materiales y equipos, las acotaciones y colindancias con otros predios.</li> <li>5.- Plan maestro para el control de plagas.</li> <li>6.- Bibliografía.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Autorizaciones, Certificados y Visitas". Campos a requisitar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</li> <li>2.- Datos del propietario.</li> <li>3.- Datos del establecimiento.</li> <li>5.- Datos del producto               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de la clasificación del producto o servicio.</li> <li>2) Especificar.</li> </ol> </li> </ol>	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Autorizaciones.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Autorizaciones.docx</a>	



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Licencia.		60 días hábiles.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>		<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>
Calle		Colón	628	s/n
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>		<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>
Colonia		Centro	01	Oaxaca de Juárez
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>		<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>
67	Oaxaca de Juárez	20		Oaxaca
<b>CÓDIGO POSTAL</b>	68000			
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349741/COFE_PRIS-05-022-A.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349741/COFE_PRIS-05-022-A.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
\$ 5,056.00 (sujeto a cambio).		HSBC CITIBANAMEX BANORTE BANCA MIFEL SANTANDER BBVABANCOMER SCOTIABANK INBURSA BANJERCITO		

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
Artículo 195-K-8 Fracción I, de la Ley Federal de Derechos.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 198 fracción II y III, 204 y 373 de la Ley General de Salud.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite).</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</li> <li>• Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> <li>• Acudir personalmente a las oficinas de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario a recibir la información que indique los motivos que fundaron la negativa.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El pago de derechos deberá corresponder a la tarifa aplicable en el ejercicio en que se presente el trámite.</li> <li>• La presentación de la solicitud, así como el pago de derechos no implica que la respuesta será en sentido afirmativo.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-24. Aviso de Responsable Sanitario del Establecimiento de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias Tóxicas o Peligrosas que opera con Licencia Sanitaria.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-040-A	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Aviso de responsable sanitario del establecimiento de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas que opera con licencia sanitaria.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con el aviso necesario para poder desempeñar su función como responsable notificado ante la Autoridad Sanitaria y el establecimiento contará con una persona que garantiza que se cumpla con la legislación sanitaria.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
El propietario representante legal o responsable sanitario.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
1.- Original y copia del formato "Avisos" debidamente requisitado. 2.- Copia legible del documento que avale la calificación aprobatoria del examen de conocimientos presentado ante la Autorización Sanitaria.		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Avisos". Campos a requisitar: 1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite. 2.- Datos del propietario. 3.- Datos del establecimiento. 4.- Datos del producto. 1) Nombre de la clasificación del producto o servicio. 2) Especificar. 6.- Datos del responsable sanitario.	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Avisos.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Avisos.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Acuse de recibo del aviso de responsable sanitario.	No aplica.	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>	L.A. Evangelina Mayoral Pérez.			
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>	Responsable del Centro Integral de Servicios			
<b>TELÉFONO(S):</b>	Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.			
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	CISOAX@hotmail.com			
<b>PÁGINA WEB:</b>	<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>			
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349673/COFEPRIS-05-040-A.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349673/COFEPRIS-05-040-A.pdf</a>			
<b>COSTO:</b>	<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>			
Trámite Gratuito.	No aplica.			
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
No aplica.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 200 y 200 Bis de la Ley General de Salud.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención de información faltante o incorrecta. (Dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del trámite).</li> <li>• En caso de no cumplir con los requisitos, el usuario podrá subsanar la omisión, y presentar su</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<p>trámite en los términos correctos especificados en el presente manual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las solicitudes, avisos y escritos deberán presentarse en original, si el usuario requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia simple para ese efecto.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>		<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>
Calle		Colón	628	s/n
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>		<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>
Colonia		Centro	01	Oaxaca de Juárez
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de cambio de responsable sanitario, el candidato a responsable, deberá aprobar el examen de conocimientos e informar a la Autoridad Sanitaria, mediante formato oficial.</li> </ul>				

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-25. Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para fines Médicos o de Diagnóstico. Modalidad A.- Rayos X**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-024-A	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Solicitud de Licencia Sanitaria para el Establecimiento que utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos o de diagnóstico. Modalidad A.- Rayos X		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con la autorización sanitaria para realizar su trabajo apegado a la normatividad vigente y disminuir los riesgos a la salud de los usuarios y del personal ocupacionalmente expuesto.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal del Establecimiento.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Original y copia simple legible del formato "Servicios de Salud" debidamente requisitado.</li> <li>2.- Copia legible de identificación oficial del Representante Legal o Propietario.</li> <li>3.- Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas.</li> <li>4.- En caso de personas morales: Copia legible del acta constitutiva o poder notarial.</li> <li>5.- Para el caso de Instituciones públicas adjuntar documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución.</li> <li>6.- Original y dos copias del comprobante del pago de derechos.</li> <li>7.- Memoria analítica de los blindajes y levantamiento de niveles de radiación después de la instalación de equipo en cada sala.</li> <li>8.- Cédula de información técnica debidamente requisitada y actualizada.</li> <li>9.- Copia simple del Permiso de responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento.</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Servicios de Salud" Campo a requisitar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</li> <li>2.- Datos del propietario.</li> <li>3.- Datos del establecimiento.</li> </ol>	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Servicios_Salud.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Servicios_Salud.docx</a>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Licencia Sanitaria.		60 días hábiles.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a> <a href="http://ud-oaxaca.gob.mx">ud-oaxaca.gob.mx</a> <a href="http://oaxaca.gob.mx">oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATALOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349745/COF_EPRIS-05-024-A.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349745/COF_EPRIS-05-024-A.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
\$6,799.00 (sujeto a cambio).		HSBC CITIBANAMEX BANORTE BANCA MIFEL SANTANDER BBVABANCOMER SCOTIABANK INBURSA BANJERCITO		



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
Artículo 195-K-9 de la Ley Federal de Derechos.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 198 Fracción IV de la Ley General de Salud; 145 y 220 Fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención emitida por la COFEPRIS, relativa a información faltante o incorrecta, para que subsane la omisión dentro del término que señale la autoridad, transcurrido el plazo correspondiente sin desahogar la prevención, se desechará el trámite.</li> <li>En caso de negativa o desecho, la COFEPRIS le informará por escrito al usuario.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>	<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>		
11 de enero	2019	No aplica.		
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>La labor de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los SSO, es únicamente como enlace en la recepción del trámite, toda vez que realiza el envío del mismo a la COFEPRIS, quien es la instancia que tiene a cargo la resolución y emite la autorización del trámite, o en su caso, la negativa.</li> <li>El presente trámite es de competencia federal, el usuario tiene la opción de realizarlo directamente en el CIS de la COFEPRIS, que se encuentra ubicado en Oklahoma 14, Col. Nápoles, Del. Benito Juárez, en la Ciudad de México.</li> </ul>				



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-26. Solicitud de Permiso de Responsable de Operación y Funcionamiento del Establecimiento que utiliza Fuentes de Radiación para fines Médicos. Modalidad A.- Rayos X.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
COFEPRIS-05-026-A	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>		
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).		
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>		
Solicitud de Permiso de Responsable de Operación y Funcionamiento del Establecimiento que Utiliza Fuentes de Radiación para Fines Médicos. Modalidad A.- Rayos X.		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>		
Contar con el permiso y poder desempeñar su función como responsable notificado ante la Autoridad Sanitaria.		
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Propietario o Representante Legal.	Presencial.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Original y copia del formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado.</li> <li>2.- Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.</li> <li>3.- Copia legible simple del título de médico cirujano.</li> <li>4.- Copia legible simple del diploma de especialidad en radiología.</li> <li>5.- Copia legible simple del certificado o re-certificación vigente de especialidad.</li> <li>6.- Tener permanencia mínima en el establecimiento del 25% del horario de atención al público. En caso de unidades médicas con turnos continuos deberá cubrir el turno con mayor carga de trabajo o bien se puede designar a varios responsables de la operación y funcionamiento.</li> <li>7.- Dos fotografías recientes tamaño infantil (con nombre al reverso).</li> </ol>		
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>		
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>	<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato "Servicios de Salud" Campos a requisitar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Homoclave, nombre y modalidad del trámite.</li> <li>2.- Datos del propietario.</li> <li>3.- Datos del establecimiento.</li> <li>5.- Datos del responsable del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos, de diagnóstico o tratamiento.</li> </ol>	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Servicios_Salud.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Servicios_Salud.docx</a>	

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>		
Permiso.		60 días hábiles.		
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>		
2 años.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.		
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>				
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.		
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios		
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com		
<b>PÁGINA WEB:</b>		<a href="http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx">http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx</a>		
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS:</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/350130/COF_EPRIS-05-026-A.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/350130/COF_EPRIS-05-026-A.pdf</a>		
<b>COSTO:</b>		<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>		
\$2,899.00 (sujeto a cambio).		HSBC CITIBANAMEX BANORTE BANCA MIFEL SANTANDER BBVABANCOMER SCOTIABANK INBURSA BANJERCITO		

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>				
Artículo 195-K-10, Fracción I de la Ley Federal de Derechos.				
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>				
Artículo 375 Fracción II de la Ley General de Salud, 224 Fracción III del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios y Atención Médica.				
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir por escrito y por una sola ocasión, la prevención emitida por la COFEPRIS, relativa a información faltante o incorrecta, para que subsanen la omisión dentro del término que señale la autoridad, transcurrido el plazo correspondiente sin desahogar la prevención, se desechará el trámite.</li> <li>• En caso de negativa o desecho, la COFEPRIS le informará por escrito al usuario.</li> </ul>				
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>				
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		drfsoaxaca@hotmail.com		
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>	
Calle	Colón	628	s/n	
<b>TIPO DE ASENTAMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL ASENTAMIENTO</b>	<b>CLAVE DE LA LOCALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD</b>	
Colonia	Centro	01	Oaxaca de Juárez	
<b>CLAVE DEL MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
67	Oaxaca de Juárez	20	Oaxaca	68000
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>				
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.				
<b>FECHA DE VALIDACIÓN</b>		<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
11 de enero		2019	No aplica.	
<b>NOTA:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La labor de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los SSO, es únicamente como enlace en la recepción del trámite, toda vez que realiza el envío del mismo a la COFEPRIS, quien es la instancia que tiene a cargo la resolución y emite la autorización del trámite, o en su caso, la negativa.</li> <li>• El presente trámite es de competencia federal, el usuario tiene la opción de realizarlo directamente en el CIS de la COFEPRIS, que se encuentra ubicado en Oklahoma 14, Col.</li> </ul>				

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

Nápoles, Del. Benito Juárez, en la Ciudad de México.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**Trámite DRFS-27. Denuncia Sanitaria.**

<b>CLAVE:</b>	<b>ÁREA:</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	
COFEPRIS-08-002	Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.	11 de enero 2019	
<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>			
Servicios de Salud de Oaxaca (SSO)			
<b>DENOMINACIÓN DEL TRÁMITE:</b>			
Denuncia Sanitaria.			
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO:</b>			
El ciudadano podrá manifestar inconformidad cuando identifiquen productos, servicios o acciones que representen o provoquen un riesgo o daño a la salud de manera oportuna.			
<b>TIPO DE USUARIO Y/O POBLACIÓN OBJETIVO</b>		<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE (PRESENCIAL O EN LÍNEA):</b>	
Interesado o afectado.		Presencial o en línea.	
<b>REQUISITOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE:</b>			
1.- Formato Acción popular debidamente requisitado. 2.- Se recomienda adjuntar información relacionada con la denuncia. (Copia legible de comprobante de pago, Receta médica, Nota de remisión, Factura de la compra, Contratación del servicio, Publicidad, Muestra de etiqueta, etc.)			
<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE:</b>			
<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>		<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS RESPECTIVOS</b>	
Formato Acción popular		<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Denuncia_Sanitaria.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Denuncia_Sanitaria.docx</a>	
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	
Acuse de recibo del formato.		3 meses.	
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE:</b>		<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	
Sin vigencia.		De lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas.	
<b>ÁREA DONDE SE PROPORCIONA EL TRÁMITE:</b>			
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.			
<b>DIRECCIÓN</b>			
<b>TIPO DE VIALIDAD</b>	<b>NOMBRE DE VIALIDAD</b>	<b>NÚMERO EXTERIOR</b>	<b>NÚMERO INTERIOR</b>
Calle	Colón	628	s/n

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

TIPO DE ASENTAMIENTO		NOMBRE DEL ASENTAMIENTO		CLAVE DE LA LOCALIDAD		NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia		Centro		01		Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA		NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA		CÓDIGO POSTAL	
67	Oaxaca de Juárez	20		Oaxaca		68000	
<b>DATOS DE CONTACTO DE LA OFICINA DE ATENCIÓN:</b>							
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b>		L.A. Evangelina Mayoral Pérez.					
<b>CARGO DEL RESPONSABLE:</b>		Responsable del Centro Integral de Servicios					
<b>TELÉFONO(S):</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.					
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com					
<b>PÁGINA WEB:</b>		http://regulacionsanitaria.salud-oaxaca.gob.mx					
<b>HIPERVÍNCULO AL CATÁLOGO, MANUAL O SISTEMAS</b>		<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349895/COFEPRIS-08-002.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/349895/COFEPRIS-08-002.pdf</a>					
<b>COSTO:</b>				<b>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO:</b>			
Trámite Gratuito.				No aplica.			
<b>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>							
No aplica.							
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE</b>							
Artículo 60 de la Ley General de Salud, 6 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, 5 del Reglamento de Insumos para la Salud y 109 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.							
<b>DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA NEGATIVA Y/O FALTA EN LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>El usuario podrá acudir a las oficinas de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario a recibir la información por escrito, que indique los motivos por los que no procede la denuncia sanitaria.</li> <li>Recibir información por escrito, relativa al resultado de su denuncia sanitaria.</li> </ul>							
<b>LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS:</b>							
<b>TELÉFONO(S), EN SU CASO EXTENSIÓN:</b>		Teléfonos de oficina (951) 51 638 22 y (951) 51 447 48 Extensión 117.					
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		CISOAX@hotmail.com					
TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE VIALIDAD		NÚMERO EXTERIOR		NÚMERO INTERIOR		
Calle	Colón		628		s/n		

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

TIPO DE ASENTAMIENTO		NOMBRE DEL ASENTAMIENTO		CLAVE DE LA LOCALIDAD		NOMBRE DE LA LOCALIDAD	
Colonia		Centro		01		Oaxaca de Juárez	
CLAVE DEL MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA		NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA		CÓDIGO POSTAL	
67	Oaxaca de Juárez	20		Oaxaca		68000	
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:</b>							
Centro Integral de Servicios de la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario.							
FECHA DE VALIDACIÓN			AÑO		FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
11 de enero			2019		No aplica.		
<b>NOTA:</b>							
Liga para presentar su denuncia sanitaria:  <a href="https://tramiteselectronicos04.cofepris.gob.mx/DenunciaExterna/W/InicioW.aspx">https://tramiteselectronicos04.cofepris.gob.mx/DenunciaExterna/W/InicioW.aspx</a>							

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**VII. Control de Cambios**

<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>				
PUESTO O DOCUMENTO:				
CLAVE :				
Revisión N°	Fecha	Motivo o Causa	Foja N°	Descripción

Autorizó

Validó

Elaboró



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## VIII. Anexos

No.	Nombre del Formato	Número de Trámite	Clave COFEPRIS	Hipervínculos de Instructivos de Llenado de Formatos
1	Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja.	DRFS-01 DRFS-02 DRFS-04 DRFS-05 DRFS-06 DRFS-07 DRFS-21 DRFS-22	COFEPRIS-05-018 COFEPRIS-05-019 COFEPRIS-05-036 COFEPRIS-05-006 COFEPRIS-05-056 COFEPRIS-05-007-D COFEPRIS-05-023 COFEPRIS-05-049	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348567/Instructivo_Aviso_Funcionamiento.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348567/Instructivo_Aviso_Funcionamiento.pdf</a>
2	Avisos.	DRFS-03 DRFS-10 DRFS-11 DRFS-24	COFEPRIS-01-006 COFEPRIS-05-011 COFEPRIS-03-014 COFEPRIS-05-040-A	<a href="http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Avisos.docx">http://www.cofepris.gob.mx/TyS/Documents/Formatos/Formato_Avisos.docx</a>
3	Aviso de sospechas de reacciones adversas de medicamentos.	DRFS-08	COFEPRIS-04-017	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348568/Instructivo_Aviso_Reacciones_Adversas.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348568/Instructivo_Aviso_Reacciones_Adversas.pdf</a>
4	Autorizaciones, Certificados y visitas.	DRFS-09 DRFS-12 DRFS-23	COFEPRIS-05-001-G COFEPRIS-03-005 COFEPRIS-05-022-A	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348649/Instructivo_Autorizaciones.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348649/Instructivo_Autorizaciones.pdf</a>
5	Servicios de Salud.	DRFS-13 DRFS-14 DRFS-16 DRFS-17 DRFS-25 DRFS-26	COFEPRIS-05-034 COFEPRIS-05-037 COFEPRIS-09-025-A COFEPRIS-05-092 COFEPRIS-05-024-A COFEPRIS-05-026-A	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348566/Instructivo_Servicios_Salud.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348566/Instructivo_Servicios_Salud.pdf</a>
6	Solicitud de permiso sanitario de construcción.	DRFS-15	COFEPRIS-05-039	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348559/Instructivo_Permiso_Sanitario_Construccion.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348559/Instructivo_Permiso_Sanitario_Construccion.pdf</a>
7	Publicidad.	DRFS-18	COFEPRIS-02-001-A	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348671/Instructivo_Publicidad.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348671/Instructivo_Publicidad.pdf</a>
8	Otros Trámites.	DRFS-19 DRFS-20	COFEPRIS-07-003-A COFEPRIS-07-003-B	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348558/Instructivo_Otros_Tramites.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348558/Instructivo_Otros_Tramites.pdf</a>
9	Denuncia Sanitaria.	DRFS-27	COFEPRIS-08-002	<a href="https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348557/Instructivo_Denuncia_Sanitaria.pdf">https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/348557/Instructivo_Denuncia_Sanitaria.pdf</a>

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Formato 1

<b>gob mx</b>
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja**

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-02 Número de RUPA	Uso exclusivo de la COFEPRIS Número de ingreso
---	---

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 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:	Nombre:
Modalidad:	




2. Datos del propietario

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


Domicilio fiscal del propietario

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 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:
---	---

**"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)"**

  	<p><b>Contacto:</b>                  Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;                  Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,                  C.P. 03810.                  Teléfono 01-800-033-5050                  contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	--

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
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
Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.	
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
Fecha de inicio de operaciones:	DD / MM / AAAA
Domicilio del establecimiento	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Entre vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:
Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)	
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.	
	
<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx	

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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.

### 4. Datos de la ambulancia

Seleccione el tipo de unidad móvil.

En caso de alta o baja de la ambulancia utilice la primera tabla.

En caso de modificar los datos de la ambulancia utilice la primera tabla para anotar los datos actuales y la segunda tabla para los datos ya modificados.

Primera tabla				Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea		<input type="radio"/> Marítima		<input type="radio"/> Aérea		<input type="radio"/> Marítima	
<input type="radio"/> Alta		<input type="radio"/> Baja		<input type="radio"/> Terrestre		<input type="radio"/> Terrestre	
		<input type="radio"/> A modificar		<input type="radio"/> Ya modificado			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados	Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca				Marca			
Modelo				Modelo			
Número de placas				Número de placas			
Número de motor				Número de motor			

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

### 5. Datos del responsable sanitario (excepto para productos y servicios)

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.  
En caso de modificar los datos del responsable sanitario utilice la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna	Segunda columna																																												
<input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar	<input type="radio"/> Ya modificado																																												
RFC:	RFC:																																												
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:																																												
Con título profesional de:	Con título profesional de:																																												
Título profesional expedido por:	Título profesional expedido por:																																												
Número de cédula profesional:	Número de cédula profesional:																																												
Con especialidad de:	Con especialidad de:																																												
Título de especialidad expedido por:	Título de especialidad expedido por:																																												
Número de cédula de la especialidad:	Número de cédula de la especialidad:																																												
Horario de operaciones	Horario de operaciones																																												
<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																																			
Firma del responsable sanitario	Firma del responsable sanitario:																																												
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja	Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización																																												

### 6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).  
En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio	Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja	1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Grupo:

Subgrupo:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Grupo:

Subgrupo:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:



**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



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

<input type="radio"/> <b>Persona moral</b> RFC: Denominación o razón social: 7) Indique si el producto es nacional o importado: <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Importado 8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")	<input type="radio"/> <b>Persona moral</b> RFC: Denominación o razón social: 7) Indique si el producto es nacional o importado: <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Importado 8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")																																
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	2	3	4	5	6	7	8																										
9	10	11	12	13	14	15																											
1	2	3	4	5	6	7	8																										
9	10	11	12	13	14	15																											

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.




**Tabla "A" Proceso**

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

**7. Modificación o actualización de datos para establecimientos**

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.  
 En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.  
 En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Datos del Propietario	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	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:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

  	<p><b>Contacto:</b>                  Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;                  Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,                  C.P. 03810.                  Teléfono 01-800-033-5050                  contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	--

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:	Lada:	
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Datos del establecimiento	Persona física	
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Denominación o razón social (de ser el caso):	Denominación o razón social (de ser el caso):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	
	RFC:	RFC:
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:	

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del establecimiento	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:      Número interior:	Número exterior:      Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:	Lada:	
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	
<input type="checkbox"/> Horario del establecimiento	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
<input type="checkbox"/> Clave SCIAN y su descripción		

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Representante legal	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 representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

			<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---	---	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> 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 persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

Suspensión de actividades       Reinicio de actividades       Baja definitiva del establecimiento

De  A  Fecha

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.

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

\_\_\_\_\_  
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

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.



gob mx
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" Categoría del producto			
Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a temperatura ambiente Transporte a temperatura de refrigeración Distribución Expendio o suministro al público Almacenamiento a temperatura ambiente Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación	Alimentos	Carne y sus productos Leche, sus productos y derivados Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Los de la pesca y sus derivados (frescos y congelados) Alimentos congelados Cereales, leguminosas, sus productos y botanas Azúcar y productos de confitería Cacao, café, té y sus derivados Condimentos y aderezos Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y sus productos Frutas, hortalizas y sus derivados Aceites y grasas comestibles Alimentos industrializados Alimentos biotecnológicos Alimentos deshidratados
		Suplementos alimenticios	Polvo para preparar bebidas Cápsulas Tabletas o comprimidos Jarabe
		Bebidas no alcohólicas	Agua envasada (mineral, mineralizada y/o purificada) Jugos y néctares Bebidas adicionadas con cafeína Bebidas saborizadas Polvo o jarabe para preparar bebidas Bebidas para deportistas Hielo potable Nieve Bebidas congeladas
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas Coctel Licor o crema
		Productos cosméticos	Productos para el cabello Productos de uso facial y/o corporal Productos para los ojos y cejas Productos para manos y uñas Productos para los labios Productos de aromacología y aromología (Perfumes y fragancias)
		Productos de aseo y limpieza	Productos especiales para textiles Productos para desobstruir conductos sanitarios Productos para el ambiente Productos para la higiene Productos para la limpieza Productos para protección o acabado lustroso
		Materia prima	Lácteos y cármicos Aceites y grasas Féculas, harinas y derivados
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores industriales Bares, cantinas, discotecas, etc. Restaurantes, taquerías, etc. Cafeterías Servicios de banquetes
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Saborizantes Edulcorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Perforaciones Micropigmentaciones

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)				
Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo	
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general		
		Consultorio de atención médica especializada	Nombre de la especialidad	
		Consultorio de estomatología		
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	Especificar	
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa	
			Gabinetes de diagnóstico	Ultrasonografía
	Servicios de asistencia social		Planificación familiar	
			Salud mental	
			Rehabilitación	
			Atención médica paliativa	
	Asistencia social	Especificar		
Expendio o suministro al público		Comercio al por menor de lentes		
Insumos para la salud	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Remedios herbolarios		
		Dispositivos médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico	
	Distribución	Medicamentos	Representante legal en México de una empresa en el extranjero	
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Nombre químico de la sustancia	
		Medicamentos	Medicamentos alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público) Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbolarios Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos	
	Expendio o suministro al público	Farmacia alopática		
Farmacia homeopática				
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Plaguicidas	Químicos Bioquímicos Microbianos	
		Sustancias tóxicas	Botánicos Misceláneos	
		Precursor químico y/o producto químico esencial	Nombre del precursor y/o producto químico esencial	
		Nutrientes vegetales	Fertilizante Mejorador de suelo Humectante de suelo	Inoculante Regulador de crecimiento
		Productos con límite de metales pesados	Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares	

   	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-018 Aviso de funcionamiento del establecimiento de productos y servicios.


Ficha técnica 	Formato Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja Instructivo	Pago asociado No requiere pago	Ficta del trámite No aplica	Fundamento legal ARTÍCULOS 200 Y 200 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD.	
--	---	-----------------------------------	--------------------------------	---	--

Campos a llenar del formato



Requisitos documentales

- ❖ Original y copia simple legible del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja", debidamente requisitado.
- ❖ En caso de Personas Morales:
  - Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal.
  - Copia legible de identificación oficial del representante legal. (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
  - Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- ❖ En caso de Personas Físicas:

	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx

### Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

- » Copia legible de identificación oficial del propietario. (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- » Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa
- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).

**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



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Formato 2

<b>gob mx</b>
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**Avisos**

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-03
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.  
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, nombre y modalidad del trámite**




Homoclave:	Nombre:
Modalidad:	

**2. Datos del propietario**

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

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:
<b>Representante legal o apoderado que solicita el trámite</b>
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)"*

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

---

**Domicilio fiscal del propietario**

<b>Código postal:</b> <b>Tipo y nombre de vialidad:</b> <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> <b>Número exterior:</b> <b>Número interior:</b> <b>Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</b> <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	<b>Localidad:</b> <b>Municipio o alcaldía:</b> <b>Entidad Federativa:</b> <b>Entre vialidad (tipo y nombre):</b> <b>Y vialidad (tipo y nombre):</b> <b>Vialidad posterior (tipo y nombre):</b> <b>Lada:</b> <b>Teléfono:</b> <b>Extensión:</b>
---	--

---

**3. Datos del establecimiento**

<b>RFC:</b>	<b>Denominación o razón social:</b>
Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:	
<b>Clave SCIAN</b>	<b>Descripción del SCIAN</b>
<b>Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:</b> <small>Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.</small>	

<b>Responsable sanitario</b>	<b>Horario del establecimiento</b>																						
<b>RFC:</b> <b>CURP (opcional):</b> <b>Nombre(s):</b> <b>Primer apellido:</b> <b>Segundo apellido:</b>	<b>Horario de operaciones:</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black;">D</td><td style="border: 1px solid black;">L</td><td style="border: 1px solid black;">M</td><td style="border: 1px solid black;">M</td><td style="border: 1px solid black;">J</td><td style="border: 1px solid black;">V</td><td style="border: 1px solid black;">S</td><td style="border: 1px solid black;">de</td><td style="border: 1px solid black;">HH : MM</td><td style="border: 1px solid black;">a</td><td style="border: 1px solid black;">HH : MM</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">D</td><td style="border: 1px solid black;">L</td><td style="border: 1px solid black;">M</td><td style="border: 1px solid black;">M</td><td style="border: 1px solid black;">J</td><td style="border: 1px solid black;">V</td><td style="border: 1px solid black;">S</td><td style="border: 1px solid black;">de</td><td style="border: 1px solid black;">HH : MM</td><td style="border: 1px solid black;">a</td><td style="border: 1px solid black;">HH : MM</td> </tr> </table> <b>Fecha de inicio de operaciones:</b> DD / MM / AAAA	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 establecimiento**

<b>Código postal:</b> <b>Tipo y nombre de vialidad:</b> <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> <b>Número exterior:</b> <b>Número interior:</b> <b>Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</b> <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	<b>Localidad:</b> <b>Municipio o alcaldía:</b> <b>Entidad Federativa:</b> <b>Entre vialidad (tipo y nombre):</b> <b>Y vialidad (tipo y nombre):</b> <b>Vialidad posterior (tipo y nombre):</b> <b>Lada:</b> <b>Teléfono:</b> <b>Extensión:</b>
---	--

---





**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



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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.

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.

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.



**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

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
4. Datos del producto	
Producto	Producto
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.	Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:	1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
2) Especificar:	2) Especificar:
3) Denominación específica del producto o servicio:	3) Denominación específica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
6) Forma farmacéutica o estado físico:	6) Forma farmacéutica o estado físico:
7) Cantidad o volumen total:	7) Cantidad o volumen total:
8) Unidad de medida:	8) Unidad de medida:
9) Tipo de producto:	9) Tipo de producto:
10) Uso específico o proceso:	10) Uso específico o proceso:
11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:	11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:
12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:	12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
14) Fracción arancelaria:	14) Fracción arancelaria:
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:	15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:
16) Cantidad de lotes:	16) Cantidad de lotes:
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias:
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada a:
19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):	19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:	20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
21) Modelo:	21) Modelo:
22) Descripción o denominación del producto:	22) Descripción o denominación del producto:

Nota: Reproducir datos del producto, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

### 5. Modificación o actualización de los datos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.  
En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.  
En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):	
Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):	
Lada:	Lada:	
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Teléfono del establecimiento	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
<input type="checkbox"/> Horario del establecimiento	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

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Representante legal	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 representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> 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 persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificados o requiera notificar.

Suspensión de actividades     
  Reinicio de actividades     
  Baja definitiva del establecimiento


De  A  Fecha

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)

**6. Datos del responsable sanitario**

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.  
En caso de modificar los datos del responsable sanitario utilice la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna	Segunda columna
<input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar	<input type="radio"/> Ya modificado
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s):	Nombre(s):
Primer apellido:	Primer apellido:
Segundo apellido:	Segundo apellido:
Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:
Extensión:	Extensión:


**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

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx																																													
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios																																													
<p>Correo electrónico:</p> <p>Con título profesional de:</p> <p>Título profesional expedido por:</p> <p>Número de cédula profesional:</p> <p>Con especialidad de:</p> <p>Título de especialidad expedido por:</p> <p>Número de cédula de la especialidad:</p> <p>Horario de operaciones</p> <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> <p>Firma del responsable sanitario</p> <p>Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja</p>	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	<p>Correo electrónico:</p> <p>Con título profesional de:</p> <p>Título profesional expedido por:</p> <p>Número de cédula profesional:</p> <p>Con especialidad de:</p> <p>Título de especialidad expedido por:</p> <p>Número de cédula de la especialidad:</p> <p>Horario de operaciones</p> <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> <p>Firma del responsable sanitario:</p> <p>Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización</p>	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																																			

7. Datos del maquilador

Persona física	Datos del responsable sanitario
RFC: <sup>(a)</sup> :	RFC:
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s):	Nombre(s):
Primer apellido:	Primer apellido:
Segundo apellido:	Segundo apellido:
Persona moral	Lada:
RFC: <sup>(a)</sup> :	Teléfono:
Denominación o razón social:	Extensión:
	Correo electrónico:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Datos de la maquila

Proceso a maquilar:
Motivo de la maquila:
Tiempo de duración de la maquila:
Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>										
<b>Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</b>										
<b>Domicilio del maquilador</b>										
Código postal: Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> Número exterior:      Número interior: Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	Localidad: Municipio o alcaldía: Entidad Federativa: Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre): Lada: Teléfono: Extensión:									
<b>8. Datos con quien se efectúa la operación de importación o exportación</b>										
País de origen:	País de procedencia:									
País de destino:	Aduana de entrada o salida: <small>(Especifique sólo una)</small>									
<b>8.A. Datos del fabricante</b>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Persona física</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">RFC:<sup>(a)</sup></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">CURP <small>(opcional)</small>:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nombre(s):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Primer apellido:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Segundo apellido:</td></tr> </tbody> </table>	Persona física	RFC: <sup>(a)</sup>	CURP <small>(opcional)</small> :	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Persona moral</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">RFC</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Denominación o razón social:</td></tr> </tbody> </table>	Persona moral	RFC	Denominación o razón social:
Persona física										
RFC: <sup>(a)</sup>										
CURP <small>(opcional)</small> :										
Nombre(s):										
Primer apellido:										
Segundo apellido:										
Persona moral										
RFC										
Denominación o razón social:										
<small>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</small>										
<b>Domicilio del fabricante</b>										
Código postal: Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> Número exterior:      Número interior: Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small> <small>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</small>	Localidad: Municipio o alcaldía: <sup>(a)</sup> Entidad Federativa: <sup>(a)</sup> Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre):									



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>														
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios														
<b>8.B. Datos del proveedor</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Persona física</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">RFC:<sup>(a)</sup>:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">CURP (opcional):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nombre(s):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Primer apellido:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Segundo apellido:</td></tr> </tbody> </table>	Persona física	RFC: <sup>(a)</sup> :	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Persona moral</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">RFC:<sup>(a)</sup>:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Denominación o razón social:</td></tr> </tbody> </table>	Persona moral	RFC: <sup>(a)</sup> :	Denominación o razón social:				
Persona física														
RFC: <sup>(a)</sup> :														
CURP (opcional):														
Nombre(s):														
Primer apellido:														
Segundo apellido:														
Persona moral														
RFC: <sup>(a)</sup> :														
Denominación o razón social:														
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.														
<b>Domicilio del proveedor</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Código postal:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Tipo y nombre de vialidad:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"><small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Número exterior:</td> <td style="padding: 2px;">Número interior:</td> </tr> <tr><td style="padding: 2px;">Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"><small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small></td></tr> </table>	Código postal:	Tipo y nombre de vialidad:	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Número exterior:	Número interior:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Localidad:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Municipio o alcaldía:<sup>(a)</sup>:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Entidad Federativa:<sup>(a)</sup>:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Entre vialidad (tipo y nombre):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Y vialidad (tipo y nombre):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Vialidad posterior (tipo y nombre):</td></tr> </table>	Localidad:	Municipio o alcaldía: <sup>(a)</sup> :	Entidad Federativa: <sup>(a)</sup> :	Entre vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
Código postal:														
Tipo y nombre de vialidad:														
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>														
Número exterior:	Número interior:													
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:														
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small>														
Localidad:														
Municipio o alcaldía: <sup>(a)</sup> :														
Entidad Federativa: <sup>(a)</sup> :														
Entre vialidad (tipo y nombre):														
Y vialidad (tipo y nombre):														
Vialidad posterior (tipo y nombre):														
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.														
<b>8.C. Datos del facturador o consignatario</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Persona física</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">RFC:<sup>(a)</sup>:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">CURP (opcional):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nombre(s):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Primer apellido:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Segundo apellido:</td></tr> </tbody> </table>	Persona física	RFC: <sup>(a)</sup> :	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Persona moral</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">RFC:<sup>(a)</sup>:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Denominación o Razón social:<sup>(b)</sup>:</td></tr> </tbody> </table>	Persona moral	RFC: <sup>(a)</sup> :	Denominación o Razón social: <sup>(b)</sup> :				
Persona física														
RFC: <sup>(a)</sup> :														
CURP (opcional):														
Nombre(s):														
Primer apellido:														
Segundo apellido:														
Persona moral														
RFC: <sup>(a)</sup> :														
Denominación o Razón social: <sup>(b)</sup> :														
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. (b) Los datos del consignatario aplica únicamente en el trámite de exportación de productos químicos esenciales.														
<b>Domicilio del facturador o consignatario</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Código postal:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Tipo y nombre de vialidad:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"><small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Número exterior:</td> <td style="padding: 2px;">Número interior:</td> </tr> <tr><td style="padding: 2px;">Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"><small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small></td></tr> </table>	Código postal:	Tipo y nombre de vialidad:	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Número exterior:	Número interior:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Localidad:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Municipio o alcaldía:<sup>(a)</sup>:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Entidad Federativa:<sup>(a)</sup>:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Entre vialidad (tipo y nombre):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Y vialidad (tipo y nombre):</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Vialidad posterior (tipo y nombre):</td></tr> </table>	Localidad:	Municipio o alcaldía: <sup>(a)</sup> :	Entidad Federativa: <sup>(a)</sup> :	Entre vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
Código postal:														
Tipo y nombre de vialidad:														
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>														
Número exterior:	Número interior:													
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:														
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small>														
Localidad:														
Municipio o alcaldía: <sup>(a)</sup> :														
Entidad Federativa: <sup>(a)</sup> :														
Entre vialidad (tipo y nombre):														
Y vialidad (tipo y nombre):														
Vialidad posterior (tipo y nombre):														
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.														
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">  </td> <td style="width: 20%; text-align: center;">  </td> <td style="width: 20%; text-align: center;">  </td> <td style="width: 40%; padding-left: 20px;"> <p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p> </td> </tr> </table>					<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>									
			<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>											

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx																																																							
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios																																																							
9. Informe anual de la actividad regulada																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Datos del establecimiento</th> </tr> <tr> <th>Persona física</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> <tr> <th>Persona moral</th> </tr> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>Denominación o razón social:</td></tr> <tr> <th>Domicilio establecimiento</th> </tr> <tr><td>Código postal:</td></tr> <tr><td>Tipo y nombre de vialidad:</td></tr> <tr><td>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</td></tr> <tr><td>Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</td></tr> <tr><td>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</td></tr> <tr><td>Localidad:</td></tr> <tr><td>Entidad Federativa:</td></tr> <tr><td>Nombre de la actividad regulada:</td></tr> <tr><td>Fecha en la que se realizó la actividad: DD / MM / AAAA</td></tr> <tr><td>Sustancia:</td></tr> <tr><td>Cantidad o volumen:</td></tr> <tr><td>Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:</td></tr> </tbody> </table>	Datos del establecimiento	Persona física	RFC:	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Lada:	Teléfono:	Extensión:	Correo electrónico:	Persona moral	RFC:	Denominación o razón social:	Domicilio establecimiento	Código postal:	Tipo y nombre de vialidad:	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Localidad:	Entidad Federativa:	Nombre de la actividad regulada:	Fecha en la que se realizó la actividad: DD / MM / AAAA	Sustancia:	Cantidad o volumen:	Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Datos del establecimiento</th> </tr> <tr> <th>Persona física</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> <tr> <th>Personal moral</th> </tr> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>Denominación o razón social:</td></tr> <tr> <th>Domicilio establecimiento</th> </tr> <tr><td>Código postal:</td></tr> <tr><td>Tipo y nombre de vialidad:</td></tr> <tr><td>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</td></tr> <tr><td>Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</td></tr> <tr><td>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</td></tr> <tr><td>Localidad:</td></tr> <tr><td>Entidad Federativa:</td></tr> <tr><td>Nombre de la actividad regulada:</td></tr> <tr><td>Fecha en la que se realizó la actividad: DD / MM / AAAA</td></tr> <tr><td>Sustancia:</td></tr> <tr><td>Cantidad o volumen:</td></tr> <tr><td>Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:</td></tr> </tbody> </table>	Datos del establecimiento	Persona física	RFC:	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Lada:	Teléfono:	Extensión:	Correo electrónico:	Personal moral	RFC:	Denominación o razón social:	Domicilio establecimiento	Código postal:	Tipo y nombre de vialidad:	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Localidad:	Entidad Federativa:	Nombre de la actividad regulada:	Fecha en la que se realizó la actividad: DD / MM / AAAA	Sustancia:	Cantidad o volumen:	Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:
Datos del establecimiento																																																							
Persona física																																																							
RFC:																																																							
CURP (opcional):																																																							
Nombre(s):																																																							
Primer apellido:																																																							
Segundo apellido:																																																							
Lada:																																																							
Teléfono:																																																							
Extensión:																																																							
Correo electrónico:																																																							
Persona moral																																																							
RFC:																																																							
Denominación o razón social:																																																							
Domicilio establecimiento																																																							
Código postal:																																																							
Tipo y nombre de vialidad:																																																							
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)																																																							
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:																																																							
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)																																																							
Localidad:																																																							
Entidad Federativa:																																																							
Nombre de la actividad regulada:																																																							
Fecha en la que se realizó la actividad: DD / MM / AAAA																																																							
Sustancia:																																																							
Cantidad o volumen:																																																							
Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:																																																							
Datos del establecimiento																																																							
Persona física																																																							
RFC:																																																							
CURP (opcional):																																																							
Nombre(s):																																																							
Primer apellido:																																																							
Segundo apellido:																																																							
Lada:																																																							
Teléfono:																																																							
Extensión:																																																							
Correo electrónico:																																																							
Personal moral																																																							
RFC:																																																							
Denominación o razón social:																																																							
Domicilio establecimiento																																																							
Código postal:																																																							
Tipo y nombre de vialidad:																																																							
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)																																																							
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:																																																							
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)																																																							
Localidad:																																																							
Entidad Federativa:																																																							
Nombre de la actividad regulada:																																																							
Fecha en la que se realizó la actividad: DD / MM / AAAA																																																							
Sustancia:																																																							
Cantidad o volumen:																																																							
Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:																																																							

Nota: Para el caso de más de dos establecimientos, reproducir este recuadro, tantas veces sea necesario.

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios


Declaro bajo protesta decir verdad que cumpla 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, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?  Si  No

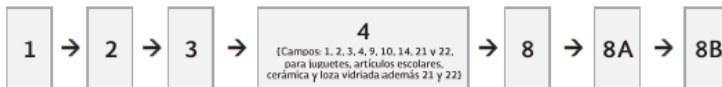
Nombre completo y firma autógrafa del propietario  
o representante legal o responsable sanitario

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**.

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx					
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios					
Homoclave, nombre y modalidad del trámite					
COFEPRIS-01-006      Aviso sanitario de importación de productos. (bebidas no alcohólicas, cerámica y loza vidriada, juguetes y artículos escolares).					
Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	
	Avisos      Instructivo	No requiere pago	No aplica	ARTÍCULOS 286 BIS FRACCIÓN I DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 240 DEL REGLAMENTO DE CONTROL SANITARIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS.	

### Campos a llenar del formato



### Requisitos documentales

- ❖ Formato "Avisos", debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Para juguetes, cerámica destinada a contener alimentos; y artículos escolares: Constancia Sanitaria o Certificado de Libre Venta o Análisis de laboratorio.
- ❖ Para el resto de los productos: Constancia Sanitaria o Certificado de Libre Venta.

Para todos los productos el trámite deberá presentarse anualmente y será válido para todos los embarques dentro de este período.

	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050
---	---

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Formato 3

<b>gob mx</b>
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**Aviso de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos**

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-11	Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de RUPA	Número de ingreso

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

<b>1. Homoclave y nombre del trámite</b>		
Homoclave: COFEPRIS-04-017	Nombre: Aviso de sospecha de reacciones adversas de medicamentos	
No. de notificación ( de acuerdo a origen)	No. de notificación (general)	No de notificación (laboratorio)

<b>2. Datos del paciente</b>					
Iniciales del paciente	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estatura (cm)	Peso (Kg)
	DD / MM / AAAA	Años Meses	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		

<b>3. Datos de la sospecha de reacción adversa</b>		
Fecha de inicio de la reacción	DD / MM / AAAA	
Descripción sospecha de reacción adversa (incluyendo los datos de exploración y de laboratorio)		
Consecuencias del evento		
<input type="radio"/> Recuperado sin secuela	<input type="radio"/> Muerte-debido a la reacción adversa	<input type="radio"/> No se sabe
<input type="radio"/> Recuperado con secuela	<input type="radio"/> Muerte-el fármaco pudo haber contribuido	
<input type="radio"/> No recuperado	<input type="radio"/> Muerte- no relacionada al medicamento	

*"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)"*

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

---

**4. Información sobre el medicamento sospechoso**

Nombre genérico	Fecha de caducidad:
Número de lote:	DD / MM / AAAA
Vía de administración:	Fecha de la administración inicial:
Denominación distintiva:	DD / MM / AAAA
Laboratorio productor:	Fecha de la administración final:
Dosis:	DD / MM / AAAA
Motivo de prescripción:	




¿Se retiró el medicamento sospechoso?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sabe
¿Desapareció la reacción al suspender el medicamento?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sabe
¿Se disminuyó la dosis?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
¿Cuánto? _____			
¿Se cambió la farmacoterapia?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
¿Cuál? _____			
¿Reapareció la reacción al readministrar el medicamento?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sabe
Si no se retiró el medicamento. ¿Persistió la reacción?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sabe

**5. Farmacoterapia concomitante**

Medicamento	Dosis	Vías de administración	Fechas		Motivo de prescripción
			Inicio	Término	
			DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
			DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
			DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
			DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
			DD / MM / AAAA	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

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6. Datos importantes de la historia clínica

Diagnósticos, alergias, embarazo, cirugía previa, datos del laboratorio.

7. Procedencia de la información

Origen y tipo del informe

Laboratorio productor	Profesional
Tipo de informe: <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Seguimiento <input type="radio"/> Estudio	Tipo de informe: <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Seguimiento
Origen: <input type="radio"/> Profesional de la salud <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Asistencia extrahospitalaria <input type="radio"/> Hospital	Origen: <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Asistencia extrahospitalaria

Fecha de recepción en el laboratorio: <sup>(a)</sup> DD / MM / AAAA	¿Informado en el período estipulado? <sup>(a)</sup> : <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Informó esta reacción al laboratorio productor? <sup>(b)</sup> : <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
--	--	--

(a) En caso de que el informante sea al laboratorio productor.  
(b) En caso de que el informante sea un profesional.


**MÉXICO** GOBIERNO DE LA REPÚBLICA  **COFEMER** Comisión Federal de Medicamentos **Cofepris** Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**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

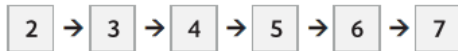
## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>																		
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios																		
Datos del informante (laboratorio productor o profesional)																		
<table border="1"><thead><tr><th>Persona física</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:</td></tr><tr><td>CURP (opcional):</td></tr><tr><td>Nombre(s):</td></tr><tr><td>Primer apellido:</td></tr><tr><td>Segundo apellido:</td></tr><tr><td>Lada:</td></tr><tr><td>Teléfono:</td></tr><tr><td>Extensión:</td></tr><tr><td>Correo electrónico:</td></tr></tbody></table>	Persona física	RFC:	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Lada:	Teléfono:	Extensión:	Correo electrónico:	<table border="1"><thead><tr><th>Persona moral</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:</td></tr><tr><td>Denominación o razón social:</td></tr></tbody></table>	Persona moral	RFC:	Denominación o razón social:				
Persona física																		
RFC:																		
CURP (opcional):																		
Nombre(s):																		
Primer apellido:																		
Segundo apellido:																		
Lada:																		
Teléfono:																		
Extensión:																		
Correo electrónico:																		
Persona moral																		
RFC:																		
Denominación o razón social:																		
Domicilio del informante (laboratorio productor o profesional)																		
<table border="1"><tbody><tr><td>Código postal:</td></tr><tr><td>Tipo y nombre de vialidad:</td></tr><tr><td>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</td></tr><tr><td>Número exterior:</td><td>Número interior:</td></tr><tr><td colspan="2">Tipo y nombre de asentamiento humano:</td></tr><tr><td colspan="2">(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)</td></tr></tbody></table>	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 asentamiento humano:		(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)		<table border="1"><tbody><tr><td>Localidad:</td></tr><tr><td>Municipio o alcaldía:</td></tr><tr><td>Entidad Federativa:</td></tr><tr><td>Entre que calles (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Calle posterior (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Lada:</td></tr><tr><td>Teléfono:</td></tr><tr><td>Extensión:</td></tr></tbody></table>	Localidad:	Municipio o alcaldía:	Entidad Federativa:	Entre que calles (tipo y nombre):	Calle 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 asentamiento humano:																		
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)																		
Localidad:																		
Municipio o alcaldía:																		
Entidad Federativa:																		
Entre que calles (tipo y nombre):																		
Calle posterior (tipo y nombre):																		
Lada:																		
Teléfono:																		
Extensión:																		
Nota: El envío de este informe no constituye necesariamente una admisión de que el medicamento causó la reacción adversa.																		
<p>En caso de que el informante sea el laboratorio productor indicar los datos de este. Estos datos son requeridos por el Centro Nacional de Farmacovigilancia cuando el laboratorio notifique directamente y deberá ser en un período no mayor a 15 días después de la recepción de la notificación. Indicar datos del profesional notificador, dirección y teléfono con la finalidad de canalizar una respuesta si fuera necesario. En caso de que el informante sea un profesional, indicar datos de este, dirección y teléfono con la finalidad de canalizar una respuesta si fuera necesario.</p> <p>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)</p> <p>Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>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 <b>01-800-033-5050</b> 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 <b>01-800-420-4224</b>.</p>																		
<table border="0"><tr><td> MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA</td><td> COFEMER Comisión Federal de Medicamentos</td><td> COFEPRIS Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</td><td><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</td></tr></table>		 MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA	 COFEMER Comisión Federal de Medicamentos	 COFEPRIS Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx													
 MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA	 COFEMER Comisión Federal de Medicamentos	 COFEPRIS Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx															

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx					
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios					
Homoclave, nombre y modalidad del trámite					
COFEPRIS-04-017      Aviso de sospechas de reacciones adversas de medicamentos.					
Ficha técnica 	Formato Aviso de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos Instructivo	Pago asociado No requiere pago	Ficta del trámite No aplica	Fundamento legal ARTÍCULOS 58 FRACCIÓN V BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 38 DEL REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.	

### Campos a llenar del formato




### Requisitos documentales

- ❖ No requiere documentos anexos, únicamente, presentar el formato en original y copia.

Este trámite también se puede realizar de manera electrónica en la siguiente sección:



	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	---



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Formato 4

<b>gob mx</b>
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**Autorizaciones, Certificados y Visitas**

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-01 Número de RUPA	Uso exclusivo de la COFEPRIS Número de ingreso
---	---

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.  
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, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	Nombre:
Modalidad:	




2. Datos del propietario

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

Domicilio fiscal del propietario

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	Entidad Federativa:
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	
	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

*"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)"*

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	--



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

---

**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 sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:	
Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.	

Responsable sanitario	Sólo para el alta de licencia sanitaria
RFC:	Horario de operaciones:
CURP (opcional):	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM
Nombre(s):	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM
Primer apellido:	Fecha de inicio de operaciones: DD / MM / AAAA
Segundo apellido:	

**Domicilio del establecimiento**

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

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

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 el apartado de Representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.	






**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

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>																			
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Representante legal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> </tbody> </table>	Representante legal	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Lada:	Teléfono:	Extensión:	Correo electrónico:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Persona autorizada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> </tbody> </table>	Persona autorizada	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Lada:	Teléfono:	Extensión:	Correo electrónico:
Representante legal																			
CURP (opcional):																			
Nombre(s):																			
Primer apellido:																			
Segundo apellido:																			
Lada:																			
Teléfono:																			
Extensión:																			
Correo electrónico:																			
Persona autorizada																			
CURP (opcional):																			
Nombre(s):																			
Primer apellido:																			
Segundo apellido:																			
Lada:																			
Teléfono:																			
Extensión:																			
Correo electrónico:																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Representante legal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> </tbody> </table>	Representante legal	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Lada:	Teléfono:	Extensión:	Correo electrónico:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Persona autorizada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> </tbody> </table>	Persona autorizada	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Lada:	Teléfono:	Extensión:	Correo electrónico:
Representante legal																			
CURP (opcional):																			
Nombre(s):																			
Primer apellido:																			
Segundo apellido:																			
Lada:																			
Teléfono:																			
Extensión:																			
Correo electrónico:																			
Persona autorizada																			
CURP (opcional):																			
Nombre(s):																			
Primer apellido:																			
Segundo apellido:																			
Lada:																			
Teléfono:																			
Extensión:																			
Correo electrónico:																			
Nota: Reproducir el apartado de Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.																			
<b>4. Modificación y/o prórroga</b>																			
Seleccione una opción: <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Prórroga	Número de documento:																		
Dice / condición autorizada	Debe decir / condición solicitada																		
<b>5. Datos del producto</b>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Producto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:</td></tr> <tr><td>2) Especificar:</td></tr> <tr><td>3) Denominación específica del producto:</td></tr> <tr><td>4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:</td></tr> </tbody> </table>	Producto	1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:	2) Especificar:	3) Denominación específica del producto:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Producto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:</td></tr> <tr><td>2) Especificar:</td></tr> <tr><td>3) Denominación específica del producto:</td></tr> <tr><td>4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:</td></tr> </tbody> </table>	Producto	1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:	2) Especificar:	3) Denominación específica del producto:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:								
Producto																			
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:																			
2) Especificar:																			
3) Denominación específica del producto:																			
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:																			
Producto																			
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:																			
2) Especificar:																			
3) Denominación específica del producto:																			
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; gap: 20px;">    </div> <div style="font-size: small;"> <p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p> </div> </div>																			

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx																																																																			
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios																																																																			
5) Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE:	5) Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE:																																																																		
6) Forma farmacéutica o forma física:	6) Forma farmacéutica o forma física:																																																																		
7) Tipo de producto:	7) Tipo de producto:																																																																		
8) Fracción arancelaria:	8) Fracción arancelaria:																																																																		
9) Cantidad de lotes:	9) Cantidad de lotes:																																																																		
10) Unidad de medida:	10) Unidad de medida:																																																																		
11) Cantidad o volumen total:	11) Cantidad o volumen total:																																																																		
12) Número de piezas a fabricar:	12) Número de piezas a fabricar:																																																																		
13) Kilogramos o gramos por lote:	13) Kilogramos o gramos por lote:																																																																		
14) Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanumérica:	14) Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanumérica:																																																																		
15) Número de registro sanitario:	15) Número de registro sanitario:																																																																		
16) Número de acta:	16) Número de acta:																																																																		
17) Presentación:	17) Presentación:																																																																		
18) Uso específico o proceso: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td></td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	25	26						18) Uso específico o proceso: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td></td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	25	26					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																										
21	22	23	24	25	26																																																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																										
21	22	23	24	25	26																																																														
19) Clave del(de los) lote(s):	19) Clave del(de los) lote(s):																																																																		
20) Indicaciones de uso:	20) Indicaciones de uso:																																																																		
21) Concentración:	21) Concentración:																																																																		
22) Indicaciones terapéuticas:	22) Indicaciones terapéuticas:																																																																		
23) Fecha de fabricación: <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">AAAA</td> </tr> </table>		DD	MM	AAAA	23) Fecha de fabricación: <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">AAAA</td> </tr> </table>		DD	MM	AAAA																																																										
	DD	MM	AAAA																																																																
	DD	MM	AAAA																																																																
24) Fecha de caducidad: <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">AAAA</td> </tr> </table>		DD	MM	AAAA	24) Fecha de caducidad: <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">AAAA</td> </tr> </table>		DD	MM	AAAA																																																										
	DD	MM	AAAA																																																																
	DD	MM	AAAA																																																																
25) Temperatura de almacenamiento:	25) Temperatura de almacenamiento:																																																																		
26) Temperatura de transporte:	26) Temperatura de transporte:																																																																		
27) Medio de transporte o aduana de entrada:	27) Medio de transporte o aduana de entrada:																																																																		
28) Identificación de contenedores:	28) Identificación de contenedores:																																																																		
29) Envase primario:	29) Envase primario:																																																																		
30) Envase secundario:	30) Envase secundario:																																																																		
31) Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:	31) Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:																																																																		
32) Número de partida:	32) Número de partida:																																																																		

			<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---	---	---

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
33) Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):	33) Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):
34) Presentación destinada a: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Genérico <input type="radio"/> Sector Salud <input type="radio"/> Venta	34) Presentación destinada a: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Genérico <input type="radio"/> Sector Salud <input type="radio"/> Venta
35) Fabricación del producto: <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Extranjero	35) Fabricación del producto: <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Extranjero
36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):	36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):
37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:	37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:	38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:
39) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):	39) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):

Nota: Reproducir datos del producto, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

6. Información para certificados

Uso del certificado (para exportación, registro, prórroga y otros):	País destino:
Especificar características:	

7. Información para protocolo de investigación

Marca el tipo de protocolo a realizar:	<input type="radio"/> Nuevo	<input type="radio"/> Modificación o enmienda
Título del protocolo:		
Vía de administración (medicamentos o dispositivos médicos):		
Nombre del investigador principal:		
Nombre(s) de la(s) institución(es) donde se realizará la investigación:		

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>																		
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios																		
8. Información para registro sanitario de insumos para la salud																		
8.A. Para producto maquilado																		
<table border="1"><thead><tr><th>Persona física</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:(a):</td></tr><tr><td>CURP (opcional):</td></tr><tr><td>Nombre(s):</td></tr><tr><td>Primer apellido:</td></tr><tr><td>Segundo apellido:</td></tr><tr><td>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</td></tr></tbody></table>	Persona física	RFC:(a):	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.	<table border="1"><thead><tr><th>Datos del responsable sanitario</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:</td></tr><tr><td>CURP (opcional):</td></tr><tr><td>Nombre(s):</td></tr><tr><td>Primer apellido:</td></tr><tr><td>Segundo apellido:</td></tr><tr><td>Lada:</td></tr><tr><td>Teléfono:</td></tr><tr><td>Extensión:</td></tr><tr><td>Correo electrónico:</td></tr></tbody></table>	Datos del responsable sanitario	RFC:	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Lada:	Teléfono:	Extensión:	Correo electrónico:
Persona física																		
RFC:(a):																		
CURP (opcional):																		
Nombre(s):																		
Primer apellido:																		
Segundo apellido:																		
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.																		
Datos del responsable sanitario																		
RFC:																		
CURP (opcional):																		
Nombre(s):																		
Primer apellido:																		
Segundo apellido:																		
Lada:																		
Teléfono:																		
Extensión:																		
Correo electrónico:																		
<table border="1"><thead><tr><th>Persona moral</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:(a):</td></tr><tr><td>Denominación o razón social:</td></tr><tr><td>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</td></tr></tbody></table>	Persona moral	RFC:(a):	Denominación o razón social:	(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.														
Persona moral																		
RFC:(a):																		
Denominación o razón social:																		
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.																		
Etapa del proceso de fabricación:																		
Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento:																		
Domicilio para el producto maquilado																		
<table border="1"><tbody><tr><td>Código postal:</td></tr><tr><td>Tipo y nombre de vialidad:</td></tr><tr><td>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</td></tr><tr><td>Número exterior:      Número interior:</td></tr><tr><td>Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</td></tr><tr><td>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</td></tr></tbody></table>	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 entre otros.)	<table border="1"><tbody><tr><td>Localidad:</td></tr><tr><td>Municipio o alcaldía:</td></tr><tr><td>Entidad Federativa:</td></tr><tr><td>Entre vialidad (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Y vialidad (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Vialidad posterior (tipo y nombre):</td></tr></tbody></table>	Localidad:	Municipio o alcaldía:	Entidad Federativa:	Entre vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):					
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 entre otros.)																		
Localidad:																		
Municipio o alcaldía:																		
Entidad Federativa:																		
Entre vialidad (tipo y nombre):																		
Y vialidad (tipo y nombre):																		
Vialidad posterior (tipo y nombre):																		
8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales																		
<table border="1"><thead><tr><th>Persona física</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:(a):</td></tr><tr><td>CURP (opcional):</td></tr><tr><td>Nombre(s):</td></tr><tr><td>Primer apellido:</td></tr><tr><td>Segundo apellido:</td></tr><tr><td>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</td></tr></tbody></table>	Persona física	RFC:(a):	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.	<table border="1"><thead><tr><th>Persona moral</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:(a):</td></tr><tr><td>Denominación o razón social:</td></tr></tbody></table>	Persona moral	RFC:(a):	Denominación o razón social:							
Persona física																		
RFC:(a):																		
CURP (opcional):																		
Nombre(s):																		
Primer apellido:																		
Segundo apellido:																		
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.																		
Persona moral																		
RFC:(a):																		
Denominación o razón social:																		



**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

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

gov mx

Inicio clave, nombre y modalidad del trámite

Sanitaria de agua para uso y consumo humano, incluida la certificación de la calidad sanitaria del pozo de agua para uso humano o para uso industrial. COFEPRIS-07-003 A Solicitud de certificado de condiciones sanitarias para el suministro de agua para consumo humano

Modalidad A.- Sistemas de abastecimiento privado

Ficha técnica Material de apoyo  
 Ficha técnica Material de apoyo  
 Plan asociado  
 Ficha del trámite  
 Fundamento legal

Otros Trámites Instructivo

PERSONA FÍSICA

RFC:(a):  
CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

RFC:(a):  
Denominación o razón social:

Domicilio del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud)

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 entre otros.)  
Nota: En caso de ser más de un fabricante o distribuidor, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario.

Localidad:  
Municipio o alcaldía:  
Entidad Federativa:  
Entre vialidad (tipo y nombre):  
Y vialidad (tipo y nombre):  
Vialidad posterior (tipo y nombre):

8.D. Datos del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud

PERSONA FÍSICA

RFC:(a):  
CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

RFC:(a):  
Denominación o razón social:

Carretera No. 14, colonia Nápoles;  
Benito Juárez, Ciudad de México,  
Teléfono: 1-800-033-5050  
cofepris.gob.mx

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

CO-MER

COFEPRIS

Contacto  
Calle Oki  
Delegación  
C.P. 0381  
Teléfono  
contacto@

Página 7 de 11



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.


<b>gob mx</b>											
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios											
Domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud											
Código postal: Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small> Número exterior:      Número interior: Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small> <small>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</small>	Localidad: Municipio o alcaldía: Entidad Federativa: Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre):										
<b>9. Información para importación, exportación y otras autorizaciones</b>											
Régimen de importación (sólo para importadores) <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Definitiva <input type="radio"/> Depósito fiscal											
País de origen:	País de procedencia:										
País de destino:	Aduana de entrada o salida: <small>(Especifique sólo una)</small>										
<b>9.A. Datos del fabricante</b>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Persona física</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">RFC:<sup>(a)</sup></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">CURP <small>(opcional)</small>:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nombre(s):</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Primer apellido:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Segundo apellido:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><small>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</small></td> </tr> </table>	Persona física	RFC: <sup>(a)</sup>	CURP <small>(opcional)</small> :	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	<small>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Persona moral</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">RFC:<sup>(a)</sup></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Denominación o razón social:</td> </tr> </table>	Persona moral	RFC: <sup>(a)</sup>	Denominación o razón social:
Persona física											
RFC: <sup>(a)</sup>											
CURP <small>(opcional)</small> :											
Nombre(s):											
Primer apellido:											
Segundo apellido:											
<small>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</small>											
Persona moral											
RFC: <sup>(a)</sup>											
Denominación o razón social:											
<b>Domicilio del fabricante</b>											
Código postal: Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small> Número exterior:      Número interior: Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small> <small>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</small>	Localidad: Municipio o alcaldía: Entidad Federativa: Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre):										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: middle;">   <small>MEXICO GOBIERNO DE LA REPUBLICA</small> </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">   <small>COFOPRIS de México Reguladora</small> </td> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">   <small>Cofepris</small> </td> <td style="width: 30%; padding-left: 20px; vertical-align: top;"> <b>Contacto:</b>                      Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;                      Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,                      C.P. 03810.                      Teléfono 01-800-033-5050                      contacto@cofepris.gob.mx                 </td> </tr> </table>		 <small>MEXICO GOBIERNO DE LA REPUBLICA</small>		 <small>COFOPRIS de México Reguladora</small>	 <small>Cofepris</small>	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx					
 <small>MEXICO GOBIERNO DE LA REPUBLICA</small>		 <small>COFOPRIS de México Reguladora</small>	 <small>Cofepris</small>	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx							



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>													
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios													
9.B. Datos del proveedor o distribuidor													
<table border="1"><thead><tr><th>Persona física</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:(a):</td></tr><tr><td>CURP (opcional):</td></tr><tr><td>Nombre(s):</td></tr><tr><td>Primer apellido:</td></tr><tr><td>Segundo apellido:</td></tr></tbody></table>	Persona física	RFC:(a):	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	<table border="1"><thead><tr><th>Persona moral</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:(a):</td></tr><tr><td>Denominación o razón social:</td></tr></tbody></table>	Persona moral	RFC:(a):	Denominación o razón social:			
Persona física													
RFC:(a):													
CURP (opcional):													
Nombre(s):													
Primer apellido:													
Segundo apellido:													
Persona moral													
RFC:(a):													
Denominación o razón social:													
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.													
Domicilio del proveedor o distribuidor													
<table border="1"><tbody><tr><td>Código postal:</td></tr><tr><td>Tipo y nombre de vialidad:</td></tr><tr><td><small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small></td></tr><tr><td>Número exterior:      Número interior:</td></tr><tr><td>Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</td></tr><tr><td><small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small></td></tr></tbody></table>	Código postal:	Tipo y nombre de vialidad:	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	Número exterior:      Número interior:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	<table border="1"><tbody><tr><td>Localidad:</td></tr><tr><td>Municipio o alcaldía:</td></tr><tr><td>Entidad Federativa:</td></tr><tr><td>Entre vialidad (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Y vialidad (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Vialidad posterior (tipo y nombre):</td></tr></tbody></table>	Localidad:	Municipio o alcaldía:	Entidad Federativa:	Entre vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
Código postal:													
Tipo y nombre de vialidad:													
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>													
Número exterior:      Número interior:													
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:													
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>													
Localidad:													
Municipio o alcaldía:													
Entidad Federativa:													
Entre vialidad (tipo y nombre):													
Y vialidad (tipo y nombre):													
Vialidad posterior (tipo y nombre):													
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.													
9.C. Datos del destinatario (destino final)													
<table border="1"><thead><tr><th>Persona física</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:</td></tr><tr><td>CURP (opcional):</td></tr><tr><td>Nombre(s):</td></tr><tr><td>Primer apellido:</td></tr><tr><td>Segundo apellido:</td></tr></tbody></table>	Persona física	RFC:	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	<table border="1"><thead><tr><th>Persona moral</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC:</td></tr><tr><td>Denominación o razón social:</td></tr></tbody></table>	Persona moral	RFC:	Denominación o razón social:			
Persona física													
RFC:													
CURP (opcional):													
Nombre(s):													
Primer apellido:													
Segundo apellido:													
Persona moral													
RFC:													
Denominación o razón social:													
Domicilio del destinatario (destino final)													
<table border="1"><tbody><tr><td>Código postal:</td></tr><tr><td>Tipo y nombre de vialidad:</td></tr><tr><td><small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small></td></tr><tr><td>Número exterior:      Número interior:</td></tr><tr><td>Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</td></tr><tr><td><small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small></td></tr></tbody></table>	Código postal:	Tipo y nombre de vialidad:	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	Número exterior:      Número interior:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	<table border="1"><tbody><tr><td>Localidad:</td></tr><tr><td>Municipio o alcaldía:</td></tr><tr><td>Entidad Federativa:</td></tr><tr><td>Entre vialidad (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Y vialidad (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Vialidad posterior (tipo y nombre):</td></tr></tbody></table>	Localidad:	Municipio o alcaldía:	Entidad Federativa:	Entre vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
Código postal:													
Tipo y nombre de vialidad:													
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>													
Número exterior:      Número interior:													
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:													
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>													
Localidad:													
Municipio o alcaldía:													
Entidad Federativa:													
Entre vialidad (tipo y nombre):													
Y vialidad (tipo y nombre):													
Vialidad posterior (tipo y nombre):													
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.													

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFEMER  
Comisión Federal de Protección de  
los Derechos de los Consumidores

Cofepris  
Comisión Federal para la Protección  
contra Riesgos Sanitarios

**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

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
9.D Datos del facturador	
<b>Persona física</b>	<b>Persona moral</b>
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o Razón social: <sup>(b)</sup> :
Nombre(s): <sup>(b)</sup> :	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
(b) Sólo para insumos para la salud.	
Domicilio del facturador	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.	
10. Información para la autorización de terceros	
<b>10.A. Laboratorio de pruebas</b>	<b>10.B. Unidades de verificación</b>
<input type="radio"/> Análisis de alimentos, bebidas y suplementos alimenticios y productos de perfumería y belleza.	<input type="radio"/> Verificación de establecimientos
<input type="radio"/> Análisis de medicamentos y dispositivos médicos	<input type="radio"/> Muestreo
<input type="radio"/> Análisis de plaguicidas, fertilizantes y nutrientes vegetales	<input type="radio"/> Otro (especifique): _____
<input type="radio"/> Otro (especifique): _____	
<b>10.C. Pruebas de intercambiabilidad para medicamentos genéricos intercambiables</b>	
<input type="radio"/> Unidad clínica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia	
<input type="radio"/> Unidad analítica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia	
<input type="radio"/> Unidad analítica para estudios de perfiles de disolución	
<b>MÉXICO</b> GOBIERNO DE LA REPÚBLICA	
	
<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx	

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

11. Datos de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

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

FOTO

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

En caso de prórroga, indique el número de la tarjeta de control sanitario:

Domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Pais:
Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):

Declaro bajo protesta decir verdad que cumpro 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, ¿está de acuerdo en hacerlos publicos?  Sí  No

Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal o responsable sanitario

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**.

 MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA	 COFEMER Comisión Federal de Mejora Regulatoria	 Cofepris Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	--	--	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.




**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-001-G Solicitud de expedición de licencia sanitaria para establecimiento de insumos para la salud.

Modalidad G.- Farmacia o botica (con venta de medicamentos controlados).


Ficha técnica 	Formato Autorizaciones, Certificados y Visitas Instructivo	Pago asociado 	Ficta del trámite Aplica afirmativa ficta	Fundamento legal ARTÍCULOS 198, FRACCIONES I Y II, 204, 257, 258 Y 373, DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 113 Y 162, DEL REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.	Material de Apoyo 
--	--	--	--	---	--

Campos a llenar del formato

1 → 2 → 3 → 5  
(Campos: 1 y 2)

Requisitos documentales

- ❖ Formato de Autorizaciones, Certificados y Visitas, debidamente requisitado.
- ❖ Original y dos copias del comprobante de pago de derechos, en términos de la Ley Federal de Derechos.
- ❖ En caso de Personas Morales:
  - » Original y copia para cotejo del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal.
  - » Copia de identificación oficial del representante legal y personas autorizadas. (Credencial del Instituto Federal Electoral (IFE) o pasaporte vigente o cartilla o licencia de manejo).
  - » Registro Federal de Contribuyentes.
- ❖ En caso de Personas Físicas:
  - » Copia de identificación oficial del representante legal y personas autorizadas. (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo).
  - » Registro Federal de Contribuyentes.

**MÉXICO** GOBIERNO DE LA ESTADAL  
  
**COFIMER** de Mejora Regulatoria  
**Cofepris**

**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

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

### Formato 5

<b>gob mx</b>
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

#### Servicios de Salud

Homoclave del formato	Uso exclusivo de la COFEPRIS
FF-COFEPRIS-07	Número de ingreso
Número de RUPA	

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:	Nombre:
Modalidad:	

2. Datos del propietario
--------------------------

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


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)"*

  	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	---

Página 1 de 9

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gov mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
Domicilio fiscal del propietario	
<b>Código postal:</b> 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.)	<b>Localidad:</b> Municipio o alcaldía: Entidad Federativa: Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre): Lada: Teléfono: Extensión:
3. Datos del establecimiento	
Seleccione al sector que pertenece <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Social <input type="radio"/> Privado	
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 sanitaria:	
Nota: Si el espacio es insuficiente para las clave SCIAN adicione los renglones necesarios.	
<b>Responsable sanitario o responsable de operación</b> RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido:	<b>Horario de operaciones del establecimiento</b> 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 Fecha de inicio de operaciones:    DD / MM / AAAA  En caso de solicitud de licencia sanitaria de radioterapia, especifique: <input type="radio"/> Braquiterapia <input type="radio"/> Teleterapia
	
<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx	

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
Domicilio del establecimiento	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Letra:





Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

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	Segunda columna																																												
<input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar	<input type="radio"/> Ya modificado																																												
RFC:(a):	RFC:																																												
CURP(opcional):	CURP(opcional):																																												
Nombre(s):(a):	Nombre(s):																																												
Primer apellido:(a):	Primer apellido:																																												
Segundo apellido:(a):	Segundo apellido:																																												
Lada:	Lada:																																												
Teléfono:	Teléfono:																																												
Extensión:	Extensión:																																												
Correo electrónico:	Correo electrónico:																																												
Con título profesional de:	Con título profesional de:																																												
Título profesional expedido por:	Título profesional expedido por:																																												
Número de cédula profesional:	Número de cédula profesional:																																												
Con especialidad de:	Con especialidad de:																																												
Título de especialidad expedido por:	Título de especialidad expedido por:																																												
Número de cédula profesional:	Número de cédula profesional:																																												
Horario de operaciones	Horario de operaciones																																												
<table border="1" style="font-size: 8px;"> <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" style="font-size: 8px;"> <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																																			
Firma del responsable sanitario	Firma del responsable sanitario																																												
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja.	Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación.																																												

(a) En caso de modificación de responsable sanitario sólo indicar RFC y nombre completo

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

5. Datos del responsable del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos, de diagnóstico o tratamiento

Seleccione el tipo de establecimiento:

- 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:		Con título profesional de:								
CURP (opcional):		Título profesional expedido por:								
Nombre(s):		Número de cédula profesional:								
Primer apellido:		Con especialidad de:								
Segundo apellido:		Título de especialidad expedido por:								
Lada:		Número de cédula de la especialidad:								
Teléfono:		Firma del responsable sanitario								
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

6. Datos del asesor especializado en seguridad radiológica (responsable técnico)

Seleccione el tipo de notificación a realizar.

- Alta
  Modificación

RFC:		Con título profesional de:	
CURP (opcional):		Título profesional expedido por:	
Nombre(s):		Número de cédula profesional:	
Primer apellido:		Con especialidad de:	
Segundo apellido:		Título de especialidad expedido por:	
Lada:		Número de cédula de la especialidad:	
Teléfono:		Correo electrónico:	
Extensión:			

**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

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

**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: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> Número exterior:      Número interior: Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>	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

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

<input type="checkbox"/> Procuración	<input type="checkbox"/> Disposición	<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Banco
Órganos	Tejidos	Células	
		<input type="radio"/> Progenitoras o troncales	
		<input type="radio"/> Células germinales	

			<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepriis.gob.mx
---	---	---	--

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**9. Establecimiento de banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea**

Señale las áreas con las que cuenta el establecimiento.


<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

**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
<input type="checkbox"/> Teléfono del establecimiento	Lada: Teléfono: Extensión:	Lada: Teléfono: Extensión:
<input type="checkbox"/> Horario	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
<input type="checkbox"/> 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



**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

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Representante legal	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 representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> 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 notificados o requiera notificar.

Suspensión de actividades

Reinicio de actividades

Baja definitiva del establecimiento

De  A

Fecha

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**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

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**.



**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-034 Solicitud de licencia sanitaria para establecimientos en que se practiquen actos quirúrgicos y/u obstétricos.



Ficha técnica 	Formato Servicios de Salud Instructivo	Pago asociado 	Ficta del trámite Aplica negativa ficta	Fundamento legal ARTÍCULOS 98 FRACCIÓN V DE LA LEY GENERAL DE SALUD; 220, FRACCIÓN D DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y 99 FRACCIÓNES I, II Y III DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS TRÁNFIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS	Material de Apoyo 
--	--	--	--	--	--

Campos a llenar del formato



Requisitos documentales

- ❖ Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Para Persona moral:
  - » Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal
  - » Copia legible de identificación oficial de representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Para Persona física:
  - » Copia legible de identificación oficial del representante legal (IFE, pasaporte vigente o licencia de manejo)

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México. C.P. 03880. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa
- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial de Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo)
- ❖ Planos y memoria descriptiva o permiso sanitario de construcción
- ❖ Copia legible del curriculum vitae del director de establecimiento
- ❖ Copia legible del aviso de responsable sanitario
- ❖ Programa médico

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFOPRIS  
COMISIÓN FEDERAL  
DE PROTECCIÓN  
CONTRA RIESGOS  
SANITARIOS



**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

Página 2 de 2

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

### Formato 6

gob mx
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

### Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-10	Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de RUPA	Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.  
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: Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción de Establecimientos Médicos.

2. Datos del propietario																								
<table border="1"> <tr><th>Persona física</th></tr> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> </table>	Persona física	RFC:	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Lada:	Teléfono:	Extensión:	Correo electrónico:	<table border="1"> <tr><th>Persona moral</th></tr> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>Denominación o razón social:</td></tr> <tr><th>Representante legal o apoderado que solicita el trámite</th></tr> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> </table>	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:
Persona física																								
RFC:																								
CURP (opcional):																								
Nombre(s):																								
Primer apellido:																								
Segundo apellido:																								
Lada:																								
Teléfono:																								
Extensión:																								
Correo electrónico:																								
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:																								

Domicilio fiscal del propietario	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

**"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)"**

	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	---


## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
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 sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:	
Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.	
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	
Obra	
Fecha de inicio de la obra:	DD / MM / AAAA
Fecha de término de la obra:	DD / MM / AAAA
Domicilio del establecimiento	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Entre vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:
4. Datos del perito responsable	
Persona física	Nombre del representante legal o apoderado sólo si el interesado no realiza el trámite
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s):	Nombre(s):
Primer apellido:	Primer apellido:
Segundo apellido:	Segundo apellido:
Número del perito:	Lada:
Número de Cédula Profesional:	Teléfono:
Lada:	Extensión:
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	
  	
<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx	

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.



<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
Domicilio del perito responsable	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:      Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:
5. Tipo de Obra	
Superficie del terreno:	
Seleccione la opción deseada: <input type="radio"/> Obra Nueva <input type="radio"/> Ampliación <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Acondicionamiento o equipamiento <input type="radio"/> Regularización	
Requisitos Documentales	
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Formato "Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción", en original y copia simple legible debidamente requisitado.</li><li>❖ Original y copia simple legible del programa médico</li><li>❖ Original y copia simple legible del programa médico-arquitectónico en el que consideren, como mínimo las áreas para cada tipo de hospital, según su complejidad</li><li>❖ Original y copia simple legible de la memoria descriptiva</li><li>❖ Original y copia simple legible de los planos en papel y de preferencia en electrónico</li></ul>	
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, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
_____ Nombre completo y firma autógrafa del propietario, o representante legal o director del establecimiento	_____ Nombre completo y firma autógrafa del perito responsable
_____ Lugar	_____ Fecha
	DD / MM / AAAA
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 <b>01-800-033-5050</b> 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 <b>01-800-420-4224</b> .	
	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx					
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios					
Homoclave, nombre y modalidad del trámite					
COFEPRIS-05-039 Solicitud de permiso sanitario de construcción de establecimientos médicos.					
Ficha técnica	Formato		Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción</div> <div>Instructivo</div> </div>		No requiere pago	No aplica	ARTÍCULOS 118 Y 119 DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 224 Y 225 DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

### Requisitos documentales

- ❖ Original y copia del programa médico
- ❖ Original y copia del programa médico-arquitectónico en el que se consideren, como mínimo, las áreas para cada tipo de hospital, según su complejidad
- ❖ Original y copia de la memoria descriptiva
- ❖ Original y copia de los planos en papel y de preferencia en electrónico

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México. C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

### Formato 7

<b>gob mx</b>
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

#### Publicidad

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-13 Número de RUPA	Uso exclusivo de la COFEPRIS Número de ingreso
---	---

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.  
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, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	Nombre:
Modalidad:	

#### 2. Datos del propietario

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

#### Domicilio fiscal del propietario

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

**"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)"**

	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	--



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
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 sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:	
Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.	
Responsable sanitario	
RFC:	
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
Fecha de inicio de operaciones:	DD / MM / AAAA
Domicilio del establecimiento	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Entre vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:
Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)	
Representante legal	
CURP (opcional):	Persona autorizada
Nombre(s):	CURP (opcional):
Primer apellido:	Nombre(s):
Segundo apellido:	Primer apellido:
Lada:	Segundo apellido:
Teléfono:	Lada:
Extensión:	Teléfono:
Correo electrónico:	Extensión:
	Correo electrónico:
Nota: Reproducir el apartado de Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.	
	
<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx	



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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 el apartado de Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.

### 4. Datos del producto o servicio

Producto	Producto
Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la tabla 4A del instructivo de llenado.	Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la tabla 4A del instructivo de llenado.
1) Clasificación del producto o servicio:	1) Clasificación del producto o servicio:
2) Especificar:	2) Especificar:
3) Denominación genérica y específica del producto:	3) Denominación genérica y específica del producto:
4) Marca comercial:	4) Marca comercial:
5) Forma farmacéutica o estado físico:	5) Forma farmacéutica o estado físico:
6) Número de registro o autorización sanitaria o clave alfanumérica:	6) Número de registro o autorización sanitaria o clave alfanumérica:

Nota: Para el caso de más de dos productos, reproducir este recuadro, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido por tipo de trámite.

	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	--

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

4.A. Clasificación de Productos o Servicios:

1) Medicamentos	4) Productos Biotecnológicos	7) Plaguicidas	10) Atención Médica	13) Bebidas Alcohólicas
2) Remedios Herbolarios	5) Productos Cosméticos	8) Nutrientes Vegetales	11) Alimentos	14) Procedimientos de Embellecimiento
3) Dispositivos Médicos	6) Suplementos Alimenticios	9) Sustancias Tóxicas	12) Bebidas No Alcohólicas	

5. Datos de publicidad

5.A. Datos de la agencia de publicidad

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Persona Moral

RFC:

Denominación o razón social:

Domicilio de la agencia de publicidad

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 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:

5.B Información de la publicidad

Marque a que público va dirigida la publicidad:       Población en General (Masiva)       Profesionales de la Salud

Medio publicitario:

Número de productos o tipo de servicio:

Duración o Tamaño: <sup>(a)</sup>:

Horario de transmisión:

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

(a) Excepto para profesionales de la salud.





**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

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
6. Datos del importador, distribuidor y fabricante (Aplica sólo para productos cosméticos)	
6.A. Datos del importador	
Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Domicilio del importador	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:      Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):
6.B. Datos del distribuidor	
Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Domicilio del distribuidor	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa:
Número exterior:      Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	
<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx	

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

### 6.C. Datos del fabricante

Persona física	Persona moral
RFC: <sup>(b)</sup> :	RFC: <sup>(b)</sup> :
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

### Domicilio del fabricante

Código postal:	Localidad: <sup>(b)</sup> :
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía: <sup>(b)</sup> :
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Entidad Federativa: <sup>(b)</sup> :
Número exterior:      Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

### 7. Responsable del producto:

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	---

Página 6 de 7

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

8. Responsable de la publicidad:


Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

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. ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?  Sí  No

Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal o responsable sanitario

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**.

	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-02-001-A Permiso de publicidad.

Modalidad A- Productos y servicios. (Para el caso de bebidas alcohólicas, suplementos alimenticios, plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas, servicios de salud, servicios y procedimientos de embellecimiento físico).


Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	Material de Apoyo
			Aplica afirmativa ficta	ARTÍCULO 301 DE LA LEY GENERAL DE SALUD; ARTÍCULO 79 Y 80 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PUBLICIDAD	

### Campos a llenar del formato



### Requisitos documentales

- ❖ Formato "Publicidad" debidamente requisitado.
- ❖ Original y dos copias simples legibles del comprobante del pago de derechos, en términos de la Ley Federal de Derechos.
- ❖ El proyecto de publicidad, en dos tantos (preferentemente a color).
- ❖ La documentación que dé sustento a las afirmaciones hechas en la publicidad.
- ❖ El número de la licencia sanitaria o del aviso de funcionamiento, en su caso (preferentemente copia de la licencia o del aviso).

	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	--

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## Formato 8

<b>gob mx</b>
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

### Otros Trámites

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-05	Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de RUPA	Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.  
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, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	Nombre:
Modalidad:	

#### 2. Datos del establecimiento

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

Llenar solo en caso de establecimientos con manejo de psicotrópicos o estupefacientes

Responsable sanitario	Número de Licencia Sanitaria
RFC:	

*"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)"*


	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	---



## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>		
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios		
Domicilio del establecimiento		
Código postal: Tipo y nombre de vialidad:  <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> Número exterior:      Número interior: Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:  <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>	Localidad: Municipio o alcaldía: Entidad Federativa: Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre): Lada: Teléfono: Extensión:	
3. Aviso de pérdida o desvío de:		
<input type="radio"/> Psicotrópicos <input type="radio"/> Estupefacientes <input type="radio"/> Químicos esenciales <input type="radio"/> Precursores químicos		
Especificar el tipo de pérdida o la actividad irregular:		
<input type="radio"/> Volumen extraordinario <input type="radio"/> Desaparición <input type="radio"/> Robo <input type="radio"/> Merma inusual		
3.A. Datos del producto		
Denominación Común Internacional (DCI) o denominación genérica o nombre científico:	Denominación distintiva: <small>(Sólo para medicamentos)</small>	Forma farmacéutica y presentación: <small>(Sólo para medicamentos)</small>
Número de registro sanitario:	Cantidad o volumen extraordinario, desaparecido, robo o merma inusual:	Unidad de medida (kg/L):
Señale la actividad en la que se presentó el volumen extraordinario, la desaparición, robo o merma inusual: <small>(Sólo precursores químicos y químicos esenciales)</small>		Lugar:
		Hora:
		Fecha:
		HH: MM / DD      MM      AAAA

	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?  Sí  No

Nombre completo y firma autógrafa del propietario  
o representante legal o responsable sanitario

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

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

gob mx	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
4. Certificados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento	
<input type="radio"/> Nuevo <span style="margin-left: 200px;"><input type="radio"/> Baja</span>	
<input type="radio"/> Privado <input type="checkbox"/> Condición sanitaria del pozo <input type="checkbox"/> Calidad sanitaria del agua para uso y consumo humano	Especifique su uso: <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Humano Especifique su uso: <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Humano
<input type="radio"/> Público <input type="checkbox"/> Condición sanitaria del sistema de abastecimiento y calidad sanitaria del agua para el uso humano	
4.A. Abastecimiento privado	
Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
Primer apellido:	RFC:
Segundo apellido:	CURP (opcional):
Lada:	Nombre(s):
Teléfono:	Primer apellido:
Extensión:	Segundo apellido:
Correo electrónico:	Lada:
Número de la licencia sanitaria:	Teléfono:
Número o clave del pozo:	Extensión:
	Correo electrónico:
Domicilio del establecimiento	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa:
Número exterior:      Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:
	
<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx	

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

<b>gob mx</b>					
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios					
<b>4.B. Abastecimiento público</b>					
Entidad Federativa:		Municipio o alcaldía:		Localidad:	
Nombre del sistema:		Nombre del organismo operador:		Número de habitantes:	
Nombre del sistema:		Nombre del organismo operador:		Fecha de inicio de operaciones: DD / MM / AAAA	
Horas de servicio:		Población servida:		Hidratantes:	
de	HH:MM	a	HH:MM		
de	HH:MM	a	HH:MM		
Dotación:		Fuentes de abastecimiento:		Tipo de mantenimiento:	
_____ (L/ habitante /día)		<input type="radio"/> Superficial _____ L/s <input type="radio"/> Subterránea _____ L/s			
<b>4.B.1. Obras de captación</b>					
Denominación de la empresa:		Número de obra o caja de captación:		Denominación o número de pozo:	
Denominación o número de galería filtrante:			Denominación o número de manantial:		
Conducción:		Procesos de tratamiento:		Tanques (cantidad, capacidad y función):	
<input type="radio"/> Bombeo <input type="radio"/> Gravedad <input type="radio"/> Mixto					
Características de la red:		Materia:		Presión mínima: Longitud:	
				Presión máxima:	

			<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---	---	---

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.


<b>gob mx</b>		
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios		
4.B.2. Contaminación		
Lugar de contaminación:	Origen de la contaminación:	Tipo de contaminantes:
Número de análisis fisicoquímicos y microbiológicos realizados en el sistema:	Procedencia análisis fisicoquímicos y bacteriológicos:	
Observaciones:		

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, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?  Sí  No

Nombre completo y firma autógrafa  
del responsable del sistema

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**.

	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	---

Página 6 de 7

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
5. Permiso de recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes	
<input type="radio"/> Permiso <input type="radio"/> Aviso de pérdida o robo <input type="radio"/> Actualización de recetarios	
Número de folios de los recetarios especiales con código de barras:      Del:      Al:	
Datos del médico	
RFC:	Título profesional de:
CURP (opcional):	Número de cédula profesional:
Nombre(s):	Expedidos por:
Primer apellido:	Especialidad:
Segundo apellido:	Expedida por:
	Correo electrónico:
Domicilio del médico	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa:
Número exterior:      Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Y vialidad (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:
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, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Nombre completo y firma autógrafa del médico solicitante	
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 <b>01-800-033-5050</b> 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 <b>01-800-420-4224</b> .	
	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-07-003-A Solicitud de certificado de condición sanitaria de agua para uso y consumo humano, incluida la certificación de la calidad sanitaria del pozo de agua para consumo humano o para uso industrial.

Modalidad A.- Sistemas de abastecimiento privado.


Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	Material de apoyo
	<p>Otros Trámites</p> <p>Instructivo</p>		No aplica	ARTÍCULO 119, FRACCIÓN I DE LA LEY GENERAL DE SALUD.	

### Campos a llenar del formato

1 → 4 → 4.A

### Requisitos documentales

- ❖ Formato "Otros Trámites", debidamente requisitado.
- ❖ Comprobante de pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- ❖ Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).



**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



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Formato 9

<b>gob mx</b>
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**Denuncia Sanitaria  
(Acción popular)**

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-12	Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de RUPA	Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos. 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-08-002	Nombre: Denuncia sanitaria (Acción popular)
----------------------------	---


2. Denuncia de:

<input type="checkbox"/> Establecimiento	<input type="checkbox"/> Producto	<input type="checkbox"/> Publicidad
<input type="checkbox"/> OTROS (especifique): _____		

3. Datos del denunciante

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
Primer apellido:	RFC:
Segundo apellido:	CURP (opcional):
Lada:	Nombre(s):
Teléfono:	Primer apellido:
Extensión:	Segundo apellido:
Correo electrónico:	Lada:
Edad:	Teléfono:
Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	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)”**

  	<p><b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx</p>
---	---




## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
Domicilio del denunciante	
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:
4. Datos del establecimiento denunciado (lugar de compra y/o prestación de servicio).	
RFC (opcional):	Denominación o razón social:
Domicilio del establecimiento denunciado	
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:
5. Datos del producto	
Nombre del producto: Número de lote: Marca: ¿Cuenta con el producto? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso negativo indicar si lo devolvió <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presentación: Uso del producto: Fecha de caducidad o de consumo preferente:      DD / MM / AAAA Fecha de adquisición del producto:      DD / MM / AAAA Número de registro sanitario (medicamento, plaguicida, nutrientes vegetales, remedios herbolarios y/o dispositivos médicos):
  	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx


## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

<b>gob mx</b>																				
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios																				
6. Datos del fabricante, distribuidor y/o importador																				
Datos del fabricante																				
<table border="1"><thead><tr><th>Persona física</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC (opcional):</td></tr><tr><td>CURP (opcional):</td></tr><tr><td>Nombre(s):</td></tr><tr><td>Primer apellido:</td></tr><tr><td>Segundo apellido:</td></tr></tbody></table>	Persona física	RFC (opcional):	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	<table border="1"><thead><tr><th>Persona moral</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC (opcional):</td></tr><tr><td>Denominación o razón social:</td></tr></tbody></table>	Persona moral	RFC (opcional):	Denominación o razón social:										
Persona física																				
RFC (opcional):																				
CURP (opcional):																				
Nombre(s):																				
Primer apellido:																				
Segundo apellido:																				
Persona moral																				
RFC (opcional):																				
Denominación o razón social:																				
Domicilio del fabricante																				
<table border="1"><tbody><tr><td>Código postal:</td></tr><tr><td>Tipo y nombre de vialidad:</td></tr><tr><td colspan="2"><small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small></td></tr><tr><td>Número exterior:</td><td>Número interior:</td></tr><tr><td colspan="2">Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</td></tr><tr><td colspan="2"><small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small></td></tr></tbody></table>	Código postal:	Tipo y nombre de vialidad:	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>		Número exterior:	Número interior:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:		<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>		<table border="1"><tbody><tr><td>Localidad:</td></tr><tr><td>Municipio o alcaldía:</td></tr><tr><td>Entidad Federativa:</td></tr><tr><td>Entre vialidad (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Y vialidad (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Vialidad posterior (tipo y nombre):</td></tr><tr><td>Lada:</td></tr><tr><td>Teléfono:</td></tr><tr><td>Extensión:</td></tr></tbody></table>	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:																				
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>																				
Número exterior:	Número interior:																			
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:																				
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>																				
Localidad:																				
Municipio o alcaldía:																				
Entidad Federativa:																				
Entre vialidad (tipo y nombre):																				
Y vialidad (tipo y nombre):																				
Vialidad posterior (tipo y nombre):																				
Lada:																				
Teléfono:																				
Extensión:																				
Datos del distribuidor y/o importador																				
<table border="1"><thead><tr><th>Persona física</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC (opcional):</td></tr><tr><td>CURP (opcional):</td></tr><tr><td>Nombre(s):</td></tr><tr><td>Primer apellido:</td></tr><tr><td>Segundo apellido:</td></tr></tbody></table>	Persona física	RFC (opcional):	CURP (opcional):	Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	<table border="1"><thead><tr><th>Persona moral</th></tr></thead><tbody><tr><td>RFC (opcional):</td></tr><tr><td>Denominación o razón social:</td></tr></tbody></table>	Persona moral	RFC (opcional):	Denominación o razón social:										
Persona física																				
RFC (opcional):																				
CURP (opcional):																				
Nombre(s):																				
Primer apellido:																				
Segundo apellido:																				
Persona moral																				
RFC (opcional):																				
Denominación o razón social:																				

 MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA	 COFEMER Comisión Federal de Mejora Regulatoria	 Cofepris Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx
---	--	--	---

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

<b>gov mx</b>	
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
Domicilio del distribuidor y/o importador	
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. Para el caso de publicidad, favor de proporcionar la siguiente información:	
Nombre de la publicidad:	
Seleccione un medio publicitario.	
<input type="radio"/> Internet:	Ruta o URL: Fecha: DD / MM / AAAA
<input type="radio"/> Periódico:	Nombre impreso del medio y página: Fecha de publicación: DD / MM / AAAA
<input type="radio"/> Radio:	Capture el número de la estación (F.M. o A.M.): Fecha: DD / MM / AAAA Hora: de HH:MM a HH:MM Tipo: <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Público Municipio o alcaldía: Entidad Federativa:
<input type="radio"/> Revista:	Nombre impreso del medio y página: Fecha de publicación: DD / MM / AAAA
<input type="radio"/> Televisión:	Capture el número del canal: Fecha: DD / MM / AAAA Hora: de HH:MM a HH:MM Tipo: <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Público Municipio o alcaldía: Entidad Federativa:
<input type="radio"/> Otro:	Descripción: Responsable de la publicación: Domicilio de donde se adquirió la publicación: Código postal: Entre vialidad (tipo y nombre): Tipo y nombre de vialidad: Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre): Localidad: Lada: Municipio o alcaldía: Teléfono: Entidad Federativa: Extensión:
	
<b>Contacto:</b> Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx	

## Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**gob mx**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

8. Anexos

Seleccione el(los) anexo(s) que adjuntará a su denuncia.

Comprobante de pago     Receta médica     Nota de remisión     Factura de la compra

Contratación del servicio     Publicidad     Muestra de etiqueta

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

9. Descripción de la denuncia

Razón de la denuncia sanitaria:

Declaro bajo protesta 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, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?     Sí     No

\_\_\_\_\_  
Firma autógrafa del denunciante

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

Página 5 de 5

**Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.**

**gob mx**


Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

---

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-08-002      Denuncia sanitaria (acción popular)


---

Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="background-color: #ccc; padding: 5px; border: 1px solid #999;">Denuncia Sanitaria</div> <div style="background-color: #ccc; padding: 5px; border: 1px solid #999;">Instructivo</div> </div>	<p>No requiere pago</p>	<p>Aplica negativa ficta</p>	<p>ARTÍCULOS 40 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, LOS DE REGAMEN TO DE LA LEY GENERAL DE SA UD EN MATERIA DE PUBLICIDAD, 5 Y 71 REGAMEN TO DE INSUR OS PARA LA SA UD, 6 DE REGAMEN TO DE CON TO SAN TARIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS.</p>	

**Requisitos documentales**




- ❖ Recomendable adjuntar información relacionada con la denuncia:  
Ejemplo: ticket de compra, muestra de producto, medio publicitario, etiqueta de producto, etc.

Este trámite también se puede realizar de manera electrónica en la siguiente sección:



Denuncia Sanitaria

---

**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

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

## IX. Glosario

### MANUAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS:

Es un documento administrativo que contiene cédulas de información básica sobre los diferentes trámites y servicios ofrecidos por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal; dicha información incluye la descripción de los mismos, los usuarios, el comprobante que se obtendrá y su vigencia; el importe que deberá aportarse, el cual se indica en pesos mexicanos (moneda nacional); el tiempo para obtenerlo; los requisitos que se deben cumplir, el área que realiza el trámite o presta el servicio, el responsable del mismo; el domicilio al que habrá de acudir, teléfono o, fax y correo electrónico; los horarios de servicio; una breve descripción del proceso y los fundamentos jurídicos.

Asimismo, en el Manual se integran los formatos de aquellos trámites que requieren datos específicos en formularios oficiales, facilitando al usuario que lo requiera, la impresión directa y su llenado previo para presentarlos ante la oficina pública correspondiente.

### COFEPRIS

Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.

### SSO

Servicios de Salud de Oaxaca.

### TRÁMITE:

Se entiende por trámite, cualquier solicitud o entrega de información que las personas físicas o morales del sector privado hagan ante una Dependencia o Entidad, ya sea para cumplir una obligación, obtener un beneficio o servicio, o en general, a fin que se emita una resolución, así como cualquier documento que dichas personas estén obligadas a conservar, no comprendiendo aquella documentación o información que únicamente deba presentarse en caso de un requerimiento por parte de una Dependencia o Entidad.

### SERVICIOS:

El servicio es el resultado de llevar a cabo necesariamente al menos una actividad en la interfaz entre el proveedor (organización o persona que proporciona un producto) y el cliente (organización o persona que recibe un producto) siendo generalmente intangible.

### LICENCIA SANITARIA

La Licencia es una Autorización con la que deberán contar los establecimientos que así lo requieran por su giro, previo al inicio de sus actividades.

### AVISO DE FUNCIONAMIENTO

Obligación Administrativa que tienen los particulares de informar a la Autoridad Sanitaria, de su existencia con las actividades y productos que maneja.



Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

### **CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS (CIS)**

Son sitios únicos de atención al público cuyo objetivo es proporcionar orientación clara, completa, oportuna, con honestidad y transparencia a los ciudadanos, desde el inicio del trámite hasta la entrega de su resolución.

### **PREVENCIÓN**

Cuando los escritos que presenten los interesados no contengan los datos o no cumplan con los requisitos aplicables, la dependencia u organismo descentralizado correspondiente deberá prevenir a los interesados, por escrito y por una sola vez, para que subsanen la omisión dentro del término que establezca la dependencia u organismo descentralizado.

### **PERMISO**

Autorización Sanitaria, en la cual se permite a una persona física o moral, la realización de actividades relacionadas con la salud humana.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca.

**X. Directorio**

**Dr. Mario Martínez Rojas**

Director de Regulación y Fomento Sanitario  
Colón Núm. 628 Col. Centro,  
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.  
Teléfonos Oficina  
(951) 516 3822 o (951) 514 4748

**Dra. Yolanda Vásquez Jiménez**

Jefa del Departamento de Bienes y Servicios  
Colón Núm. 628 Col. Centro,  
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.  
Teléfonos Oficina  
(951) 516 3822 o (951) 514 4748  
Ext. 116

**Ing. Marcela Eugenia Linares González**

Jefa de la Unidad de Salud Ambiental  
Colón Núm. 628 Col. Centro,  
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.  
Teléfonos Oficina  
(951) 516 3822 o (951) 514 4748  
Ext. 104

**QFB. Catarina González Carreño**

Jefa del Departamento de Insumos y  
Regulación de Servicios  
Colón Núm. 628 Col. Centro,  
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.  
Teléfonos Oficina  
(951) 516 3822 o (951) 514 4748  
Ext. 118

**Dr. Ricardo García Merino**

Jefe de la Unidad de Calidad Sanitaria  
Colón Núm. 628 Col. Centro,  
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.  
Teléfonos Oficina  
(951) 516 3822 o (951) 514 4748  
Ext. 114

**QFB. Javier Regalado Gómez**

Jefe del Departamento de Saneamiento Básico  
Colón Núm. 628 Col. Centro,  
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.  
Teléfonos Oficina  
(951) 516 3822 o (951) 514 4748  
Ext. 109

**MSP. Alberto Campos Santiago**

Jefe del Departamento de Riesgos  
Ambientales  
Colón Núm. 628 Col. Centro,  
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.  
Teléfonos Oficina  
(951) 516 3822 o (951) 514 4748  
Ext. 103

**L.A. Evangelina Mayoral Pérez**

Responsable del Centro Integral de Servicios  
Colón Núm. 628 Col. Centro,  
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.  
Teléfonos Oficina  
(951) 516 3822 o (951) 514 4748  
Ext. 117