



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

SSA-06-003 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL INTERESADO NO REALIZA EL TRAMITE)

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL			R.F.C.
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S)	NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

2.1.-TIPO DE ESTABLECIMIENTO

<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DONDE NO SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS	<input type="checkbox"/> DISPOSICION DE CADAVERES
<input type="checkbox"/> AMBULANCIAS	
<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DONDE SE PRACTICAN ACTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS	
<input type="checkbox"/> SERVICIOS AUXILIARES AL TRATAMIENTO MEDICO CON DISPOSICION Y BANCOS DE ORGANOS Y TEJIDOS, SUS COMPONENTES Y CELULAS	
<input type="checkbox"/> CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL, ESPECIALIDAD, ODONTOLOGICOS Y CLINICAS DENTALES	
<input type="checkbox"/> LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS AUXILIARES AL DIAGNOSTICO MEDICO	

3.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	
DOMICILIO: CALLE NUMERO EXTERIOR	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (S) :	
NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL	PROFESION / ESPECIALIDAD		

4.- TIPO DE TRAMITE

<input type="checkbox"/> DESIGNACION	<input type="checkbox"/> RENUNCIA	<input type="checkbox"/> SUSTITUCION
--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

5.- DOCUMENTOS ANEXOS

<input type="checkbox"/> ORIGINAL DE CARTA DE DESIGNACION, FIRMADA POR EL PROPIETARIO O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO
--

Declaro bajo protesta de 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.

LUGAR Y FECHA	
FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 54-80-20-00 EN EL DF. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-3372, O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.



INSTRUCTIVO DE LLENADO**SSA-06-003 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO****1.- DATOS DEL PROPIETARIO:**

Anotar el nombre completo de la persona física (nombre (s), apellidos paterno y materno) o moral, propietaria del establecimiento.

Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al propietario.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del propietario o representante legal.

Anotar el nombre del representante legal solo si el interesado no realiza el trámite.

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Anotar el nombre o razón social del establecimiento, sin utilizar nombre abreviado o común con el que sea conocido. Ejemplo Hospital de Ginec Obstetricia Nuestra Señora de la Luz.

Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al establecimiento.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional) del establecimiento.

Anotar el número de la Clase de la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos que corresponda a la actividad del establecimiento (el dato se puede obtener preguntando a la autoridad sanitaria ante la cual se realiza el trámite).

2.1.-TIPO DE ESTABLECIMIENTO:

Marcar con una X el tipo de establecimiento para el cual se realiza el trámite.

3.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:

Anotar el nombre completo, con apellidos paterno y materno.

Anotar el domicilio completo y número de teléfono (s), fax o correo electrónico (opcional).

Anotar el número de cédula profesional.

Anotar la profesión o, en su caso, especialidad.

4.- TIPO DE TRAMITE:

Marcar con una X el tipo de trámite que corresponda.

5.- DOCUMENTOS ANEXOS:

Marcar con una X el documento que se anexa al aviso de responsable.

Anotar el lugar y fecha en que se presenta el trámite.

Firma autógrafa del propietario o representante legal del establecimiento.

CONSIDERACIONES GENERALES

ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCION, EN HOJA BLANCA TAMAÑO CARTA Y EN PAPEL BOND.

ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO: **08-IV-1999**

ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA UNIDAD DE

DESREGULACION ECONOMICA: **08-IV-1999**

EL REPRESENTANTE LEGAL, DEBERA MOSTRAR LOS DOCUMENTOS QUE LO ACREDITEN (PODER NOTARIAL E IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE).

LOS DOCUMENTOS NO DEBERAN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.