

Aviso de actualización de datos o baja del establecimiento médico que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico que opera con licencia sanitaria

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-19
Número de RUPA

Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo y la guía de llenado.
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 supuesto

Homoclave: COFEPRIS- 05-060	Nombre: Aviso de actualización de datos o baja del establecimiento médico que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico que opera con licencia sanitaria
Supuesto:	

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:

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

3. Datos del establecimientoSeleccione al sector que
pertenece☐ Público☐ Social☐ Privado

Denominación o razón social (nombre comercial):

Nota: La denominación o razón social (nombre comercial) aquí señalada, deberá coincidir con la Licencia Sanitaria Autorizada, o bien, conforme a la solicitud de la misma.

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 número de solicitud de trámite :

Horario de operaciones 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

Contacto:Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de
México, C.P. 03810.

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

4. 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:

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:

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de
México, C.P. 03810.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Correo electrónico:

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:

5. Tipo de establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos, de diagnóstico o tratamiento

Seleccione el tipo de supuesto:

☐ A. Rayos X ☐ B. Medicina nuclear ☐ C. Radioterapia

En caso de seleccionar C. Radioterapia marque el tipo de terapia que realiza en el establecimiento.

☐ Braquiterapia ☐ Teleterapia

Seleccione el tipo de notificación a realizar.

☐ Actualización de datos ☐ Baja del establecimiento

6. Modificación de datos del establecimiento

En la columna "Dice" colocar los datos completos actuales.

En la columna "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
☐ Teléfono del establecimiento	Lada: Teléfono: Extensión:	Lada: Teléfono: Extensión:
☐ Horario	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

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

	D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM	D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM
Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:											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, sección, sector, entre otros.)											(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, 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:											

Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia. Artículo 373 de la Ley General de Salud

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Representante legal	CURP (opcional):	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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Persona Autorizada ☐	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:

Nota: Reproducir el apartado de la persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

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

De conformidad con lo establecido en la fracción II del artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo acepto recibir todo tipo de notificaciones referentes al presente trámite a través del correo electrónico:

Correo electrónico para recibir notificaciones:

Protesto lo siguiente:

- 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.
- En caso de baja del establecimiento, declaro bajo protesta de decir verdad que cesaré el uso de la Licencia Sanitaria con número _____ toda vez que por medio del presente estoy notificando la baja del mismo.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?

☐ Sí

☐ No

Firme la protesta que le aplique:

Declaro bajo protesta de decir verdad lo señalado en los incisos:

- ☐ a) y b) - (Actualización de datos)
- ☐ a), b) y c) - (Baja de establecimiento)

“De conformidad con el artículo 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)”

Nombre completo y firma autógrafa del propietario o
Representante legal

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, se encuentra a su disposición el número **800-033-5050** del Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, y en caso de requerir dar seguimiento al trámite enviado al área de Tramitación Foránea, solicite información al correo **tramitacion_foranea@cofepris.gob.mx**.