|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Persona física | | | | | |  | Persona moral | | | | | | |
| RFC: | | |  | | |  | RFC: |  | | | | | |
| CURP (opcional): | | |  | | |  | Denominación o razón social: | | | | | | |
| Nombre(s): | | |  | | |  |  | | | | | | |
| Primer apellido: | | |  | | |  | Representante legal o apoderado que solicita el trámite | | | | | | |
| 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: | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | Entidad Federativa: | | | | | |  | |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | | | | | | | | | | Entre vialidad (tipo y nombre): | | | | | |  | |
| Número exterior: | | |  | | | Número interior: |  | | | Y vialidad (tipo y nombre): | | | |  | | | |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: | | | | | | | |  | | Vialidad posterior (tipo y nombre): | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | Lada: | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | Teléfono: | | |  | | | | |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | | | | | | | | | | Extensión: | | |  | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |  | Obra | | | |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  | Fecha de inicio de la obra: |  |  |  |
| HH : MM | HH : MM | DD | MM | AAAA |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  | Fecha de término de la obra: |  |  |  |
| HH : MM | HH : MM | DD | MM | AAAA |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. Tipo de Obra | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Superficie del terreno: |  | | | | | | | | | | |
| Seleccione la opción deseada: | |  | Obra Nueva |  | Ampliación |  | Rehabilitación |  | Acondicionamiento  o equipamiento |  | Regularización |

|  |
| --- |
| Requisitos Documentales |
|  |
| * Formato “Solicitud de Permiso Sanitario de Construcción”, en original y copia simple legible debidamente requisitado. * Original y copia simple legible del programa médico * Original y copia simple legible del programa médico-arquitéctonico en el que consideren, como mínimo las áreas para cada tipo de hospital, según su complejidad * Original y copia simple legible de la memoria descriptiva * Original y copia simple legible de los planos en papel y de preferencia en eléctrónico |

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 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 **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**.