

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se eliminan los requisitos que se indican para los trámites de Solicitud de certificado de libre venta de insumos para la salud y de Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JULIO JOSE FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 fracciones VII, VIII y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracción XXII, 13 literal A fracción II y 17 bis de la Ley General de Salud; y 1o., 3o. y 7o. fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 prevé consolidar e impulsar el marco institucional y la mejora regulatoria que simplifique la carga administrativa de las empresas orientados a hacer más eficiente la regulación vigente y a eliminar la discrecionalidad innecesaria de la autoridad y el exceso de trámites;

Que el artículo 69-C de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo establece que los titulares de las dependencias de la Administración Pública Federal podrán, mediante acuerdos generales publicados en el **Diario Oficial de la Federación**, no exigir la presentación de datos y documentos previstos en las disposiciones respectivas, cuando puedan obtener por otra vía la información correspondiente.

Que la Ley Federal de Procedimiento Administrativo establece las bases para llevar a cabo la mejora regulatoria sistemática de los trámites que aplica la Administración Pública Federal;

Que con el objeto de cumplir con los objetivos del programa de mejora regulatoria y simplificación administrativa de la Secretaría de Salud se determinó suprimir los requisitos de presentación de copia simple del Aviso de Funcionamiento o Licencia Sanitaria y de la copia simple del Aviso de Responsable Sanitario, como documentación anexa para la realización del trámite de Solicitud de Certificado de Libre Venta de Insumos para la Salud; así como la presentación de la copia de la Cédula Profesional por anverso y reverso del responsable sanitario, como documentación anexa al trámite de Aviso de Responsable Sanitario de Insumos para la Salud, establecidos en el Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites Empresariales que aplica la Secretaría de Salud y se establecen diversas medidas de mejora regulatoria y su Anexo Unico, publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 14 de septiembre de 1998; considerando que dicha simplificación se debe al compromiso adquirido por la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios para la elaboración de las cartas compromiso al ciudadano con fecha de cumplimiento a septiembre 2004;

Que tomando en cuenta que esta medida constituye una mejora regulatoria que permitirá la eficientización en la realización de tales trámites, así como la disminución de la carga regulatoria para el particular al eliminar los requisitos antes descritos, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE ELIMINAN LOS REQUISITOS QUE SE INDICAN PARA LOS TRAMITES DE SOLICITUD DE CERTIFICADO DE LIBRE VENTA DE INSUMOS PARA LA SALUD Y DE AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO DE INSUMOS PARA LA SALUD

ARTICULO PRIMERO.- Se eliminan los requisitos de presentación de copia simple del Aviso de Funcionamiento o Licencia Sanitaria y de la copia simple del Aviso de Responsable Sanitario como documentación anexa del trámite de Solicitud de Certificado de Libre Venta de Insumos para la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- Se elimina el requisito de presentación de la copia simple de la cédula profesional del responsable sanitario, como documentación anexa al trámite de Aviso de Responsable Sanitario de Insumos para la Salud.

ARTICULO TERCERO.- Se modifican los formatos correspondientes a los trámites de Solicitud de Certificado de Libre Venta de Insumos para la Salud y de Aviso de Responsable Sanitario de Insumos para la Salud, publicados en el **Diario Oficial de la Federación** el 28 de junio de 1999, para suprimir los requisitos citados en los artículos precedentes, y quedan conforme a los formatos que integran el Anexo Unico de este Acuerdo.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

SEGUNDO.- Los asuntos que se encuentren en trámite a la entrada en vigor del presente Acuerdo se atenderán hasta su conclusión conforme a las disposiciones vigentes al momento de su iniciación.

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintisiete días del mes de julio de dos mil cuatro.- El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.



SECRETARIA DE SALUD
COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS
COMISION DE AUTORIZACION SANITARIA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

SSA-03-035	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE LIBRE VENTA DE INSUMOS PARA LA SALUD
-------------------	---

USO EXCLUSIVO SSA	07
No. DE ENTRADA	
FECHA	
_____	_____
DÍA	MES AÑO
No. DE EXPEDIENTE	

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL

NOMBRE O RAZON SOCIAL				LICENCIA SANITARIA O AVISO DE FUNCIONAMIENTO
			No.	
	R.F.C.			RESPONSABLE SANITARIO
DOMICILIO, CALLE, No. Y LETRA				
COLONIA	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO			REGISTRO SSA
CODIGO POSTAL	TELEFONO(S) Y FAX	LOCALIDAD		ENTIDAD FEDERATIVA

1.1.- NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

--

2.- DATOS DEL PRODUCTO:

MEDICAMENTOS

DISPOSITIVOS MEDICOS

CANTIDAD DE CERTIFICADOS QUE SE SOLICITAN
FORMA FARMACEUTICA O FORMA FISICA

PRESENTACION(ES) QUE SE DESEE APAREZCA(N) EN EL CERTIFICADO

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5480-2000 EN EL D.F., 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 A LOS TELEFONOS 5080-5440 (PARA USUARIOS DEL D.F. Y AREA METROPOLITANA) y 01-55-5207-5521 (PARA USUARIOS FORANEOS) DEL CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE LA COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE. **SSA-03-035**

EN CASO DE DISPOSITIVOS MEDICOS, ESPECIFICAR LAS CARACTERISTICAS QUE EL PAIS IMPORTADOR SOLICITE DE LOS PRODUCTOS A EXPORTAR.

FIRMA DEL PROPIETARIO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO

3.- DOCUMENTOS ANEXOS

Los documentos no deberán presentar alteraciones, raspaduras o enmendaduras.

1. Presentar solicitud en el formato oficial debidamente requisitado, anexando los siguientes documentos según sea el caso:
 - 1.1. Para medicamentos o dispositivos médicos:
 - 1.1.1. Copia del registro sanitario del producto y, en su caso, de las modificaciones a las condiciones de registro.
 - 1.1.2. Copia del último certificado de libre venta autorizado, en su caso.
 - 1.1.3. Copia de la última orden de producción.
 - 1.1.4. Copia de la fórmula unitaria avalada por el responsable sanitario del establecimiento.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

SSA-03-035 SOLICITUD DE CERTIFICADO DE LIBRE VENTA DE INSUMOS PARA LA SALUD

Concepto

Deberá anotar:

1.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Nombre o Razón Social: - R.F.C.: - Domicilio, Calle No. y Letra - Colonia: - Código Postal: - Teléfono(s) y fax: - Delegación Política o Municipio: - Localidad: - Entidad Federativa: - Licencia Sanitaria o Aviso de funcionamiento No.: - Responsable Sanitario No.: - No. de Registro SSA: 1.1.- Nombre del Representante Legal: | <ul style="list-style-type: none"> Nombre completo sin abreviaturas bajo el que se encuentra registrado el solicitante ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. El registro federal de contribuyentes bajo el cual está registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Nombre completo sin abreviaturas del domicilio del propietario o razón social del establecimiento. Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el propietario o razón social. Número completo del Código Postal que corresponda. Número(s) telefónico(s) y fax en donde se localice al propietario (opcional). Nombre completo sin abreviaturas de la Delegación Política o Municipio en donde se ubica el propietario o razón social. Localidad en donde radica el propietario o razón social. Entidad Federativa en donde radica el propietario o razón social. El número de autorización señalado a la licencia sanitaria o, en su caso, el aviso de funcionamiento con que opera el solicitante. Número completo del Responsable Sanitario del establecimiento registrado ante la SSA. El No. de registro(s) que otorgó esta Secretaría al (los) producto(s). El nombre completo sin abreviaturas del representante legal. |
|--|---|

2.- DATOS DEL PRODUCTO

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Datos del Producto: - Cantidad de certificados que se solicitan: - Forma farmacéutica o forma física: - Presentación(es) que se desee aparezca(n) en el certificado - En caso de dispositivos médicos, especificar las características que el país importador solicite de los productos a exportar: - Firma del propietario o de su representante legal: - Nombre y firma del responsable sanitario del establecimiento: | <ul style="list-style-type: none"> Marcar con "X" si el certificado es para medicamentos o dispositivos médicos. Con números arábigos la cantidad de certificados que solicita. La presentación del producto; ya sea: ampollitas, tabletas, solución, gel, tiras, tarjetas, etc. Indicar la presentación y concentración que se solicita aparezca en el certificado. Así como indicar la concentración del mismo. Cuando se trate de dispositivos médicos especificar las características que solicite el país importador de todos los productos que se van a exportar. Firma autógrafa del propietario o de su representante legal mismo que deberá presentar el poder notarial que lo acredite como tal y mostrar identificación oficial con fotografía. Nombre completo sin abreviaturas y firma autógrafa del responsable sanitario 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 COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS: 20 de junio de 2004.
- ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA COMISION FEDERAL DE MEJORA REGULATORIA: 08 de julio de 2004.



SECRETARIA DE SALUD
COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS
COMISION DE AUTORIZACION SANITARIA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

SSA-03-003 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO DE INSUMOS PARA LA SALUD		USO EXCLUSIVO SSA 22
LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA		No. DE ENTRADA
1.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL		FECHA
NOMBRE O RAZON SOCIAL		____/____/____ DIA MES AÑO
R.F.C.		No. EXPEDIENTE
DOMICILIO, CALLE, No. Y LETRA		LICENCIA SANITARIA No.
COLONIA	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	AVISO DE FUNCIONAMIENTO No.
CODIGO POSTAL	TELEFONO(S) Y FAX	ENTIDAD FEDERATIVA
	LOCALIDAD	

1.1.- NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

--

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		R.F.C.
DOMICILIO, CALLE, No. Y LETRA		COLONIA
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO(S) Y FAX
LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA	

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.

 FIRMA DEL PROPIETARIO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO

 NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE TEMPORAL

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5480-2000 EN EL D.F., 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 A LOS TELEFONOS 5080-5440 (PARA USUARIOS DEL D.F. Y AREA METROPOLITANA) y 01-55-5207-5521 (PARA USUARIOS FORANEOS) DEL CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE LA COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

SSA-03-003

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

3.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO:

<p>FABRICA O LABORATORIO <input type="checkbox"/> , ALMACEN DE ACONDICIONAMIENTO <input type="checkbox"/></p> <p>NAMIENTO <input type="checkbox"/> , DEPOSITO Y DISTRIBUCION <input type="checkbox"/> DE:</p> <p>MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACION DE MEDICAMENTOS O PRODUCTOS BIOLÓGICOS PARA USO HUMANO. <input type="checkbox"/></p> <p>MEDICAMENTOS O PRODUCTOS BIOLÓGICOS PARA USO HUMANO. <input type="checkbox"/></p> <p>MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS <input type="checkbox"/></p> <p>MEDICAMENTOS HERBOLARIOS <input type="checkbox"/></p> <p>REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="checkbox"/></p> <p>CONTROL QUÍMICO, BIOLÓGICO, FARMACÉUTICO O DE TOXICOLOGÍA, PARA EL ESTUDIO, EXPERIMENTACION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAS PRIMAS. <input type="checkbox"/></p> <p>CONTROL ANALÍTICO AUXILIAR DE LA REGULACION SANITARIA. <input type="checkbox"/></p>	<p>ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES DE:</p> <p>FARMACIA <input type="checkbox"/></p> <p>BOTICA <input type="checkbox"/></p> <p>SIEMPRE Y CUANDO COMERCIALICEN ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICOS <input type="checkbox"/></p> <p>DROGUERIA <input type="checkbox"/></p>	<p>DISPOSITIVOS MEDICOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>FABRICA</th> <th>ALMACEN*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AGENTES DE DIAGNOSTICO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>GASES MEDICINALES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MATERIAL DE CURACION Y PROTESIS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRODUCTOS HIGIENICOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MATERIAL, INSTRUMENTAL Y EQUIPO ODONTOLÓGICO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>* ALMACEN DE ACONDICIONAMIENTO DEPOSITO Y DISTRIBUCION</p>		FABRICA	ALMACEN*	INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AGENTES DE DIAGNOSTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASES MEDICINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MATERIAL DE CURACION Y PROTESIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRODUCTOS HIGIENICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MATERIAL, INSTRUMENTAL Y EQUIPO ODONTOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FABRICA	ALMACEN*																					
INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
AGENTES DE DIAGNOSTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
GASES MEDICINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
MATERIAL DE CURACION Y PROTESIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
PRODUCTOS HIGIENICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
MATERIAL, INSTRUMENTAL Y EQUIPO ODONTOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<p>NOMBRE DEL GIRO</p>																							
<p>No. CMAP</p>																							

4.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

4.1.- MODALIDAD QUE SOLICITA

<p>ALTA O DESIGNACION <input type="checkbox"/> DESIGNACION DE REPRESENTANTE TEMPORAL <input type="checkbox"/> BAJA DEFINITIVA <input type="checkbox"/></p>	
NOMBRE	R.F.C.
CON TITULO PROFESIONAL DE	CEDULA PROFESIONAL
EXPEDIDO POR:	No.
	RESPONSABLE SANITARIO
	No.
<p>EN CASO DE DESIGNACION DE REPRESENTANTE TEMPORAL <input type="checkbox"/> EXPLIQUE CAUSAS E INDIQUE Y EL PERIODO EN QUE ESTARA A CARGO DEL ESTABLECIMIENTO.</p> <p>EN CASO DE BAJA DEFINITIVA <input type="checkbox"/> EXPLIQUE MOTIVOS Y FECHA DE LA BAJA</p>	

5.- DOCUMENTOS ANEXOS**Los documentos no deberán presentar alteraciones, raspaduras o enmendaduras.**

1. Presentar solicitud en el formato oficial debidamente requisitado, presentando los siguientes documentos anexos, según sea el caso:

1.1. Por baja definitiva del responsable sanitario:

1.1.1. Original del acuse de recibo del aviso de responsable sanitario.

INSTRUCTIVO DE LLENADO**SSA-03-003 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO DE INSUMOS PARA LA SALUD**

Concepto	Deberá anotar:
1.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL	
- Nombre o Razón Social:	El nombre bajo el que se encuentra registrado el solicitante ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- R.F.C.:	El registro federal de contribuyentes bajo el cual está registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Domicilio, Calle No. y Letra	Nombre completo sin abreviaturas del domicilio del propietario o razón social del establecimiento.
- Colonia:	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el propietario o razón social.
- Código Postal:	Número completo del Código Postal que corresponda.
- Teléfono(s) y fax:	Número(s) telefónico(s) y fax en donde se localice al propietario (opcional).
- Delegación Política o Municipio:	Nombre completo sin abreviaturas de la Delegación Política o Municipio en donde se ubica el propietario o razón social.
- Localidad:	Localidad en donde radica el propietario.
- Entidad Federativa:	Entidad Federativa en donde radica el propietario.
- Licencia Sanitaria No.:	Número completo de la licencia sanitaria expedida por la Dependencia de Salud correspondiente (en su caso). Estos datos se anotarán en todas las modalidades, con excepción de la opción "Baja" de la modalidad C.
- Aviso de funcionamiento No.:	Número completo del aviso de funcionamiento del establecimiento (en su caso). Estos datos se anotarán en todas las modalidades, con excepción de la opción "Baja" de la modalidad C.
1.1.- Nombre del Representante Legal.	Sin abreviaturas el nombre completo del representante legal.
2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO	
- Nombre o Razón Social:	El nombre completo bajo el cual se encuentra registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- R.F.C.:	El registro federal de contribuyentes bajo el cual está registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Domicilio, Calle No. y Letra:	Nombre completo sin abreviaturas del domicilio del establecimiento.
- Colonia:	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el establecimiento.
- Delegación Política o Municipio:	Nombre completo sin abreviaturas de la Delegación Política en donde se ubica el establecimiento.

No.	Concepto	Deberá anotar:
-	Código Postal:	Número completo del Código Postal que corresponda.
-	Teléfono(s) y fax:	Número(s) telefónico(s) y fax del establecimiento (opcional).
-	Localidad:	La localidad en donde se ubica el establecimiento.
-	Entidad Federativa:	Entidad Federativa en donde se ubica el establecimiento. Estos datos se anotarán en todas las modalidades, con excepción de la opción "Baja" de la modalidad C.
-	Firma del propietario del establecimiento o de su representante legal:	Firma autógrafa del propietario del establecimiento o del representante legal, mismo que deberá presentar el poder notarial que lo acredite como tal y mostrar identificación oficial con fotografía.
-	Nombre y firma del responsable sanitario del establecimiento.	Nombre completo sin abreviaturas y firma autógrafa del responsable sanitario del establecimiento.
-	Nombre y firma del representante temporal:	Nombre completo sin abreviaturas y firma autógrafa del representante temporal.
3.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO:		
-	Aviso de responsable sanitario para:	Seleccionar con una (X) el giro correspondiente de acuerdo al trámite solicitado por el usuario.
-	Nombre del giro:	Nombre completo sin abreviaturas del giro bajo el cual se registra el establecimiento de acuerdo a la lista de catálogo de giros. Sólo se anotará en la opción "Alta o designación" perteneciente a la modalidad A.
-	No. CMAP:	Número completo que corresponda de acuerdo al nombre de la clase CMAP.
4.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO		
4.1.-	Modalidad que solicita:	Marcar con (X) el cuadro que corresponda de acuerdo al trámite a realizar.
-	Nombre:	Nombre completo sin abreviaturas del responsable sanitario o del representante temporal del establecimiento registrado ante la SSA.
-	R.F.C.:	El registro federal de contribuyentes bajo el cual está registrado el responsable sanitario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
-	Con Título Profesional de:	Nombre completo sin abreviaturas de la Carrera Profesional que cursó el responsable sanitario.
-	Cédula Profesional No.:	Número completo de la Cédula Profesional otorgada al responsable sanitario.
-	Expedida por:	Nombre completo sin abreviaturas de la Dependencia escolar que expidió el Título y Cédula Profesionales. En el caso de la designación del representante temporal se anotarán los datos del representante temporal del responsable sanitario.
-	Responsable Sanitario No.:	El número bajo el cual está registrado el Responsable Sanitario. Se anotará en todas las modalidades con excepción de la opción "Alta o designación" de la modalidad A del trámite.
-	En caso de designación temporal, explique motivos y el periodo en que estará a cargo o si se trata de baja definitiva:	Marcar con "X" el tipo de proceso al que se refiere y explicar los motivos para designar un representante temporal y el periodo en que estará a cargo o cuando se trate de baja definitiva indicar los motivos.
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 COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS: 20 de junio de 2004.	
-	ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA COMISION FEDERAL DE MEJORA REGULATORIA: 08 de julio de 2004.	
-	UTILICE UN SOLO FORMATO PARA CADA TRAMITE.	