



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO DE
ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1^{ER} Y 2^º NIVEL DE
ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MIREYA VÁZQUEZ LÓPEZ

TUTOR: Esp. MARIO GUADALUPE OLIVERA EROSA

ASESOR: C.D. MARINO HUMBERTO SÁNCHEZ MORALES

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL



ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCIÓN.....	6
PROPÓSITO.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	9
 CAPITULO I	
1. 1 ^{ER} NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA.....	10
1.1. CROQUIS DE UN CONSULTORIO DE ESTOMATOLOGÍA.....	11
1.2. 2º NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA.....	12
1.3. CROQUIS DE UNA CLÍNICA DENTAL.....	13
 CAPITULO II	
2. REQUISITOS ACADÉMICOS.....	15
2.1. TRAMITES PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL Y CÉDULA PROFESIONAL.....	16
2.2. COSTO POR DERECHOS DE REGISTRO DEL TÍTULO PROFESIONAL Y EXPEDICIÓN DE CÉDULA PROFESIONAL ANTE LA SEP.....	17
2.3. AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EJERCER COMO PASANTE.....	20
 CAPITULO III	
3. REQUISITOS ANTE EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT).....	22
3.1. PERSONA FÍSICA.....	22
3.2. PERSONA MORAL.....	23
3.3. OBLIGACIONES FISCALES.....	23
a) INSCRIPCIÓN AL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE (RFC).....	23
b) FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA.....	25
c) CONTRASEÑA (ANTES CIEC).....	26
d) MANTENER ACTUALIZADA LA INFORMACIÓN EN EL RFC.....	28
e) FACTURACIÓN Ó "RECIBO DE HONORARIOS".....	29
f) FACTURA ELECTRÓNICA.....	46
g) CONTABILIDAD.....	49
h) DECLARACIONES.....	50
i) OTRAS OBLIGACIONES FISCALES.....	51



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



CAPITULO IV

4. DISPOSICIONES EMITIDAS POR LA SECRETARIA DE SALUD (SSA).....	52
4.1. ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.....	53
4.2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2010.....	54
4.3. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA3-2012.....	56
4.4. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SSA2-1993.....	57
4.5. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006.....	59
4.6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012.....	61

CAPITULO V

5. AVISO DE FUNCIONAMIENTO ANTE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COFEPRIS).....	67
5.1. AVISO DE FUNCIONAMIENTO.....	69
5.2. ASPECTOS QUE DEBERÁ VIGILAR EL RESPONSABLE SANITARIO.....	70
5.3. PROCEDIMIENTO PARA TRAMITAR EL AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLE SANITARIO.....	72
5.4. VERIFICACIÓN SANITARIA.....	74
a) OBLIGACIONES.....	76
b) DERECHOS.....	77
c) ACTA DE VERIFICACIÓN.....	77

CAPITULO VI

6. REQUISITOS PARA LA ZONIFICACIÓN DE USO DE SUELO ANTE LA SECRETARIA DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA (SEDUVI).....	81
6.1. SOLICITUD DE CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DE SUELO.....	82

CAPITULO VII

7. REQUISITOS ANTE EL INSTITUTO FEDERAL DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS (IFAI).....	85
7.1. AVISO DE PRIVACIDAD.....	85
7.2. INFORMACIÓN QUE DEBERA CONTENER EL AVISO DE PRIVACIDAD.....	86
7.3. PONER A DISPOSICIÓN EL AVISO DE PRIVACIDAD.....	87
7.4. MEDIOS DONDE SE PUEDE DIFUNDIR EL AVISO DE PRIVACIDAD.....	88
7.5. CARACTERÍSTICAS QUE DEBERÁ CUMPLIR EL AVISO DE PRIVACIDAD EN SU DISEÑO Y PRESENTACIÓN.....	88



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



CAPITULO VIII

8. SEÑALIZACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA.....	92
8.1. CLASIFICACIÓN.....	92
ANEXOS.....	96
CONCLUSIÓN.....	109
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	110



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecerte a ti Mamá por ese apoyo incondicional que siempre me has dado, por esas charlas familiares de valores y principios en la vida, por esos regaños que solo sirvieron para que yo triunfara en la vida, sé que no es el final, pero me enseñaste las bases del camino, para que con el paso del tiempo yo continuaré, eres el orgullo de madre que quiero para mi familia.

A ti Papá agradecerte el apoyo y el amor que sé me tienes, eres un ejemplo de lucha en la vida superando aquel pasado duro que tuviste, debes de sentirte orgulloso de esta gran familia que formaste y seguir luchando por estar con nosotros. TE AMO PAPI.

Cristian, tu eres un gran hermano y quiero agradecerte por el ejemplo que me diste al seguir superándome cada día como lo has hecho. Gracias hermano.

Agradezco también a Marco, por haber sido mi pilar en este camino, te agradezco amor, ese gran apoyo que me diste día a día; cuando era tan difícil para mí continuar con mi carrera, siempre me diste ánimos de seguir adelante y no fracasar.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



INTRODUCCIÓN

Es importante garantizar a la población el cumplimiento del derecho a la protección de la salud así como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Por esta razón, es necesario que el Cirujano Dentista emita y mantenga vigentes las disposiciones regulatorias que le permitan contar con las características mínimas de organización, funcionamiento, infraestructura, recursos humanos y tecnológicos, así como mobiliario y equipo de los establecimientos de atención médica especializada.

En este contexto, los consultorios y servicios de atención médica especializada deberán contar y conocer el marco jurídico y administrativo para brindar un servicio de salud garantizado, con el enfoque de proporcionar a los usuarios un servicio de calidad, seguridad y eficiencia.

Motivos por los cuales nos enfocamos a trabajar en los requisitos que conlleva establecer un **consultorio dental y/o clínica de especialidades**, tanto sanitarias como de infraestructura, apegadas siempre a las Normas Oficiales Mexicanas, así como a las instancias que nos rigen, en nuestro caso la **Secretaría de Salud** y la **COFEPRIS**. De esa manera poder brindar un mejor servicio y la seguridad que todo paciente debe tener.

Por otro lado y como parte de los requisitos que debemos contar para la apertura de un consultorio y/o clínica de especialidades, entran los señalados por el **Servicio de Administración Tributaria (SAT)**, siendo este, un órgano desconcentrado quien tiene la responsabilidad de aplicar la legislación fiscal con el fin de que las personas físicas y morales contribuyan proporcional y equitativamente al gasto público.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Cabe señalar, que el Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de elaborar e informar al paciente del Aviso de Privacidad y del uso al que será sometida la información recopilada de sus datos personales, a fin de que el paciente pueda tomar decisiones informadas con relación a estos. Ya que a través del Aviso de Privacidad se cumple el principio de información que establece la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Es importante mencionar, que esta investigación pretende reforzar el conocimiento en cuanto a los requisitos de infraestructura, equipamiento, tecnología y documentos médico-legales empleados en la práctica diaria, así como información apegada a la normativa aplicable.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



PROPÓSITO

Contribuir por este medio a que el **Cirujano Dentista** y el gremio odontológico amplíe sus conocimientos respecto a los requisitos médicos, legales, recursos humanos, infraestructura, mobiliario y equipo que deberá contener un consultorio dental o bien una clínica de especialidades médicas odontológicas.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



OBJETIVO

Actualizar la información de los requisitos para tramitar la apertura de un **establecimiento de atención médica odontológica de 1^{er} y 2^o nivel de atención**; académicos, de Administración Tributaria (SAT), Secretaría de Salud (SSA), Zonificación de Uso de Suelo, Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI), Aviso de Funcionamiento y Aviso como Responsable Sanitario ante COFEPRIS, así como la infraestructura, equipamiento, instalaciones y recursos humanos con los que se deberá contar conforme a la normativa vigente.



CAPITULO I

1. 1^{ER} NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA (CONSULTORIO DE ESTOMATOLOGÍA)

Es todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, en el que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, dirigidas a promover, mantener y restaurar la salud bucal de las personas.¹

Las actividades de los consultorios quedarán restringidas al desarrollo de procedimientos de atención médica, que no requieran la hospitalización del usuario.³

Los consultorios deberán contar con las siguientes áreas:

- I.- Área de recepción o sala de espera, en la que no existan objetos o instalaciones que pongan en peligro la vida o la salud de los usuarios;
- II.- Área destinada a la entrevista con el paciente;
- III.- Área destinada a la exploración física del paciente;
- IV.- Área de control administrativo;
- V.- Instalaciones sanitarias adecuadas, y
- VI.- Las demás que fijen las Normas Técnicas.³

1.1. CROQUIS DE UN CONSULTORIO DE ESTOMATOLOGÍA



FUENTE: NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios de 1^{ER} nivel.



1.2. 2º NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA

(CLÍNICA DENTAL)

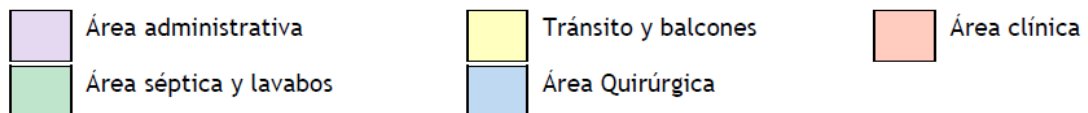
Al establecimiento público, social o privado **que no forma parte de un hospital**, y que tiene como fin prestar atención médica especializada a través de personal médico con autorización de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y por organismos competentes de certificación de especialidades.⁴

Es el establecimiento de atención estomatológica de especialidades en donde se encuentran diversos especialistas que trabajan en pro de la salud bucal, como lo son el ortodoncista, el endodoncista, el protesista entre otros.¹⁷

Muchas veces se asocian para poder canalizar a sus pacientes entre ellos y así brindar un excelente servicio.¹⁸

Las ventajas de hacer este tipo de asociaciones es que: se pueden adquirir equipos que resultarían demasiado costosos para un solo médico, de esta manera podrá contar con mejor mobiliario, pero lo más importante es dar un servicio integral a los pacientes.¹⁸

1.3. CROQUIS DE UNA CLÍNICA DENTAL



Obtenido de <http://www.bergarecheyorbe.com/es/instalaciones.as>

ÁREA SECA (área administrativa), donde se realizan los trabajos de Recepción (3) y Administración (2). En esta área se ubica también la Sala de espera para los pacientes (4) y el cuarto reservado a los médicos (1).



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



ÁREA HÚMEDA (área clínica). Denominamos con éste nombre a las zonas correspondientes a los gabinetes y demás dependencias utilizadas específicamente para el tratamiento odontológico de nuestros pacientes. Estas dependencias son:

- Cinco gabinetes dentales:
 - Estomatología Integral (9)
 - Ortodoncia (10)
 - Endodoncia y Periodoncia (11)
 - Odontología Restauradora y Estética Dental (12)
 - Prostodoncia, Implantología y Cirugía Maxilofacial (13)
- Un gabinete para el ortopantomógrafo de RX. (6)
- Una dependencia de enfermeras (5)
- Una dependencia de taller de prótesis (7)
- Una dependencia para maquinaria centralizada (8), con agua bidestilada, aspiración y compresores.

ÁREA ASÉPTICA (área quirúrgica) (15). Es la zona de la clínica destinada al quirófano y sus dependencias. También la llamamos Área Quirúrgica. Consta de las siguientes dependencias:

- Quirófano (14)
- Pre-quirófano/Lavatorio (15)
- Pre y postquirófano/Paciente (16)
- Esterilización centralizada (17)

ÁREA SÉPTICA. Incluye el WC para el público (20) y el vestidor y baño para el personal de la clínica (18 y 19)

ÁREA DE TRÁNSITO. Es el pasillo, en forma de T, que pone en relación el resto de las dependencias (22). Incluye una pequeña zona de espera (21)



CAPITULO II

2. REQUISITOS ACADÉMICOS

- Obtener el Título Profesional.
- Contar con Cédula Profesional.

Como lo dictamina la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 5º que dice: A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la **profesión**, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, si no por resolución judicial.¹⁵

La Ley determinará en cada Estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.¹⁵

En base a lo anterior, podemos decir, que la Odontología es una profesión que requiere de Título Profesional y Cédula Profesional para poder ejercerla.

El título Profesional será expedido por la universidad correspondiente.

La Dirección General de Profesiones certificará dicho Título y emitirá la Cédula Profesional correspondiente.



2.1.- TRAMITES PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL Y CÉDULA PROFESIONAL

En la Facultad o Universidad deberá solicitar la Revisión de Estudios, la cual consta de dos etapas:

1. **Revisión de Estudios Académicos:** Se realiza en la Facultad o Universidad y consiste en verificar que se haya cumplido con el total de créditos que establece el Plan de Estudios de la carrera, así como con los requisitos que establece la normatividad correspondiente.
2. **Revisión de Estudios Documental:** En la UNAM la tramita exclusivamente la Facultad o Universidad ante la Dirección General de Administración Escolar (DGAE), a través de la Subdirección de Certificación y Control Documental (SC y CD), Departamento de Revisión de Estudios Profesionales y Posgrado, consiste en la revisión de los documentos originales que se encuentran en el expediente escolar (Acta de Nacimiento, Certificado de Secundaria, Certificado de Bachillerato e Historia Académica de la Licenciatura).¹³

Podrá solicitarla a partir de que cuente con el 75% de créditos cursados en el Plan de Estudios o bien cuando inicie los trámites de Titulación.¹³

El trámite tiene una duración de 5 a 7 días hábiles, siempre y cuando el expediente cuente con la documentación original requerida y sin problema alguno. En caso de que falte algún documento original o éstos tuvieran alguna irregularidad, la oficina de Revisión de Estudios informa a la Facultad o Universidad, la falta del documento o la irregularidad del mismo.



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



La Facultad o Universidad es la responsable de comunicar y entregar el aviso a los alumnos.

Una vez aprobado el examen profesional o acreditado alguna de las opciones de Titulación y transcurridos 45 días hábiles deberá consultar en la página: **www.escolar.unam.mx** el avance del trámite de Titulación.¹³

- a) Egreso
- b) Avance en la Emisión de Títulos y Grados
- c) Alumnos UNAM o incorporados, según corresponda.

2.2. COSTO POR DERECHOS DE REGISTRO DEL TÍTULO PROFESIONAL Y EXPEDICIÓN DE CÉDULA PROFESIONAL ANTE LA SEP

Para conocer el costo de estos derechos, deberá consultar la página: **www.escolar.unam.mx** y seleccionar:

- a) EGRESO
- b) Comunicados Egreso
- c) CUOTAS por título y expedición de cédula.

DERECHOS QUE CORRESPONDEN AL REGISTRO DEL TÍTULO PROFESIONAL O GRADO, Y A LA EXPEDICIÓN DE CÉDULA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA. (VER ANEXO 1)



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



NIVEL	CONCEPTO	CANTIDAD
LICENCIATURA	<i>Solicitud de registro de título y expedición de Cédula Profesional para Mexicanos con estudios en México. Nivel Licenciatura</i>	\$996.00
	Compulsa de documentos originales	\$18.00
	TOTAL	\$1014.00

1.	Estos pagos se deben de realizar en el banco de su elección, utilizando los Formatos pre-establecidos (<i>sugiriendo se realicen en Bancomer y/o Banamex</i>).
2.	Debe imprimir y requisitar los formatos exclusivamente con su nombre y apellidos con letra clara y legible (uno por el concepto de registro y expedición de cédula profesional y otro por compulsas de documentos); presentarlos para el pago correspondiente en el banco de su elección.
3.	Si está iniciando los trámites de titulación, los comprobantes originales de pago, deberán ser entregados en su Facultad y / o Escuela, según pertenezca, anexándole 2 copias legibles de cada pago. Si por el contrario, usted ya está citado para revisar su título y/o presentar pagos en las oficinas de TRAMITEL, entonces deberá de presentarse en dichas oficinas con sus pagos originales incluyendo dos copias fotostáticas legibles de cada pago y copia de su CURP ampliado al 200%.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Si decide que la UNAM, a través de la DGAE, realice ante la SEP el trámite de Registro de Título y Expedición de Cédula Profesional, deberá acudir a la oficina de TRAMITEL ubicada en el 2do. piso del edificio que ocupa la Dirección General de Administración Escolar (Circuito de la Investigación Científica S/N entre el metro C.U. y la Guardería CENDI), en horario de 9:00 a 17:30 horas de lunes a viernes (días hábiles), para entregar los comprobantes de pago en original y dos copias fotostáticas legibles, por cada pago, (uno corresponde al Registro de Título y otro a la Compulsa de Documento Original), así como, copia legible de la CURP, AMPLIADA AL 200%).¹³

Al entregar a TRAMITEL la documentación antes descrita, te darán instrucciones para la continuación de su trámite.

Una vez que el expediente está completo con los pagos de derechos y la fotocopia de la CURP. La Dirección General de Administración Escolar (DGAE), a través de la Subdirección de Certificación y Control Documental, Departamento de Títulos, enviará la documentación a la Dirección General de Profesiones, de la Secretaría de Educación Pública, para el registro del Título y expedición de la Cédula Profesional correspondiente.¹³

Este trámite, a partir de la entrega de sus comprobantes de pago, tiene una duración de aproximadamente de 120 días hábiles.

Otra forma más rápida para obtener la Cédula Profesional es, realizar el trámite de forma personal directamente en la Dirección General de Profesiones de la SEP, lo que hace que el tiempo del trámite sea más corto; con la documentación que la oficina de TRAMITEL le entregue.¹³



2.3. AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EJERCER COMO PASANTE

Requisitos para la autorización provisional para ejercer como Pasante:

1. Original de la constancia emitida por la Institución Educativa, dirigida a la Dirección General de Profesiones con los siguientes datos:
 - a) De actual inscripción, que indique la fecha de inicio y termino del semestre que cursa y número de semestre.
 - b) O de terminación de estudios (no tener más de un año de concluidos los estudios profesionales a la fecha de presentación de esta solicitud) especificando la fecha de terminación (año, mes y día).
 - c) Promedio mínimo de siete.

2. Llenar la responsiva que aparece en la solicitud, la cual deberá ser otorgada por un profesionista de la misma carrera, anexando fotocopia por ambos lados de la cédula profesional. (VER ANEXO 2)

3. 3 Fotografías recientes blanco y negro tamaño y tipo filiación de frente con retoque con fondo blanco y papel mate.

4. Original y copia legible del acta de nacimiento o carta de naturalización, según sea el caso. Tratándose de extranjero con estudios en México, deberá presentar acta de nacimiento legalizada o apostillada y copia certificada ante notario público del documento migratorio que acredite su legal estancia en México.



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



5. Original y copia legible del comprobante de pago de derechos federales, con la cuota vigente al momento de presentar la solicitud. El pago puede realizarse en cualquier institución bancaria a través de la hoja de ayuda. (VER ANEXO 2)

NOTA: El formato de la constancia emitida por la institución educativa así como las autoridades que la suscriben, deberán estar registrados ante esta Dirección General de Profesiones.

En el supuesto de que la firma del responsable no coincida con la firma de la copia de la cédula profesional, se le solicitará copia de una identificación oficial vigente del mismo.¹⁴

Costo del servicio:	\$284
Tiempo de respuesta:	3 días hábiles, contados a partir del día siguiente al que presente su solicitud y documentación completa. Tratándose de profesionistas que residen en el interior de la República Mexicana, la entrega se realiza el mismo día, con la condición de que agende su cita dentro del horario comprendido de las 8 a 11 hrs., entregando su boleto de viaje como comprobante.
Área donde se proporciona:	Departamento de Autorizaciones, Insurgentes Sur 2387, Planta Baja, Col. San Ángel, Deleg. Álvaro Obregón, C. P. 01000, México, D. F.
Teléfono:	Directo 36-01-10-97 Conmutador ext. 60949 y 60951.
Horario de atención:	De 8:00 a 15:00 hrs. de lunes a viernes.

Se sancionará conforme a la legislación aplicable a quienes no posean título profesional, legalmente expedido y registrado en los términos de Ley, se hagan llamar o anunciar añadiendo a su nombre propio, la palabra doctor, médico cirujano, o cualquier otra palabra, signo o conjunto de términos que hagan suponer que se dedican como profesionistas al ejercicio de las disciplinas para la salud.³



CAPITULO III

3. REQUISITOS ANTE EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT)

Iniciar con su Consultorio Dental o bien una Clínica de Especialidades Médicas, en primera instancia requiere tomar decisiones sobre un aspecto esencial, el primer paso para poner en práctica una idea de negocio requiere que usted determine si lo hará por cuenta propia o asociándose.

Además, deberás conocer qué es una persona Física ó Moral desde el punto de vista jurídico-legal; siendo la persona el sujeto que goza de derechos y puede contraer obligaciones.

Existen dos tipos de personas:

- Persona Física
- Persona Moral

3.1. PERSONA FÍSICA

Aquella que presta sus **servicios** de manera **dependiente o independiente** o bien desarrolla alguna actividad empresarial. Se clasifican de acuerdo a la forma de obtención de los ingresos (sueldos y salarios, honorarios, arrendamiento, enajenación de bienes, actividades empresariales, además de otros) y no constituyen una asociación o sociedad.¹⁶



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Por ejemplo: abogados, contadores, músicos, actores, deportistas, escritores, ingenieros, médicos y **dentistas**.¹²

3.2. PERSONA MORAL

Conjunto de personas físicas, agrupadas con un fin lícito. Se pueden señalar entre otras las siguientes: **sociedades mercantiles**, los **organismos descentralizados** que realicen preponderantemente actividades empresariales, **instituciones de crédito**, **sociedades y asociaciones civiles**.¹⁶

3.3. OBLIGACIONES FISCALES

A continuación se describen las Obligaciones Fiscales que como Personas Físicas se deberán tramitar y cumplir ante la Secretaría de Administración Tributaria (SAT):

a) INSCRIPCIÓN AL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC)

Para inscribirte en el RFC necesita iniciar el trámite a través de internet:

- Ingresar a la página del SAT www.sat.gob.mx,
- En la parte superior de la página en el menú de color gris seleccione Trámites y Servicios,
- A continuación del lado izquierdo seleccione Tramites,
- Del menú que se despliega seleccione RFC y Padrones,
- Finalmente en Pre Inscripción al RFC,



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



- Posteriormente proceda a capturar y guardar la información solicitada en el formulario electrónico.

Posteriormente para concluir se deberá agendar con anterioridad una cita en cualquier Administración Local de Servicios al Contribuyente dentro de los diez días siguientes al envío de la solicitud.

Llevar, en original, los siguientes documentos:

- Acta de nacimiento o constancia de la CURP.
Tratándose de personas morales en lugar del acta de nacimiento deberás presentar copia certificada del documento constitutivo debidamente protocolizado.
- Comprobante de domicilio
- Identificación personal
- Número de folio asignado que se le proporcionó al realizar el envío de su preinscripción
- En su caso, copia certificada del poder notarial con el que acredites la personalidad del representante legal, o carta poder firmada ante dos testigos y ratificadas las firmas ante las autoridades fiscales o ante notario o fedatario público.¹²

Al finalizar el trámite de inscripción se entregará por parte del SAT los siguientes documentos:

1. Copia de la solicitud de inscripción
2. Cédula de identificación fiscal o Constancia de registro
3. Guía de obligaciones
4. Acuse de inscripción al RFC



b) FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (FIEL)

La Firma Electrónica Avanzada "Fiel" es un **conjunto de datos que se adjuntan a un mensaje electrónico, cuyo propósito es identificar al emisor del mensaje como autor legítimo de éste**, tal y como si se tratara de una firma autógrafa.

Nos servirá para realizar todo tipo de trámites ante el SAT.

Por sus características, la Fiel brinda seguridad a las transacciones electrónicas de los contribuyentes, con su uso se puede identificar al autor del mensaje y verificar no haya sido modificado.

¿CÓMO SE EFECTUA EL TRAMITE?

1. Ingrese a la página www.sat.gob.mx
2. De clic en Información Fiscal y a continuación el FIEL
3. Descargue el programa [Solcedi](#)
4. Instálelo y seleccione *Requerimiento de Fiel*, capture la información solicitada y genere su archivo con extensión ***.req** y su llave privada
5. Llene e imprima (en una sola hoja si es posible) la Solicitud de certificado de Firma Electrónica Avanzada.
6. Programe una cita en el Módulo del SAT de su preferencia y acuda con el archivo que generó, su solicitud y la documentación que se menciona en el apartado de Requisitos para efectuar el trámite.

Al finalizar el trámite, se genera un certificado digital (extensión CER) que puede descargarse de Entrega de certificados, o si presentó su archivo de requerimiento en un dispositivo USB, puede solicitar una copia del certificado



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



en ese momento (Si presentó este archivo en CD, tendrá que descargar el certificado desde Internet).

Los datos personales se incorporan y protegen en los sistemas del Servicio de Administración Tributaria, de conformidad con los Lineamientos de Protección de Datos Personales y con las diversas disposiciones fiscales y legales sobre la confidencialidad y protección de datos, a fin de ejercer las facultades conferidas a la autoridad fiscal, con ello se evita que otra persona suplante su identidad e intente realizar algún fraude fiscal.¹²

c) CONTRASEÑA (ANTES CIEC)

La Contraseña (antes CIEC) es un mecanismo de acceso, que al unirse con su RFC le permite el acceso a diversas aplicaciones y servicios que brinda el SAT a través de su Portal de Internet.

Algunos de estos servicios son:

- Portal privado del contribuyente
- Declaraciones y Pagos (DyP)
- Declaraciones informativas de razones por las cuales no se realiza el pago (Avisos en cero)
- Declaración Informativa Múltiple
- Envío de declaraciones anuales
- DeclaraSAT en línea
- Declaraciones de corrección de datos
- Consulta de transacciones
- Consulta de comprobantes en papel aprobados.
- Envío de solicitudes para la generación de Certificados de Sello Digital para Factura Electrónica.



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



- Descarga de Certificados de Sello Digital, así como de Firma Electrónica Avanzada

OBTENCIÓN DE SU CONTRASEÑA (ANTES CIEC) EN LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN

Todos los contribuyentes pueden obtenerla en cualquier Administración Local de Servicios al Contribuyente, cumpliendo con los siguientes requisitos según sea el caso. Para:

Personas Físicas:

- Registro Federal de Contribuyentes (RFC)
- Original y fotocopia de identificación oficial: IFE, Pasaporte, Cartilla o cualquier identificación oficial vigente con fotografía y firma del contribuyente, expedida por el Gobierno Federal, Estatal o Municipal. Original para cotejo.
- Cuenta de correo electrónico vigente

Personas Morales:

- Registro Federal de Contribuyentes (RFC) de la empresa
- Original y fotocopia de identificación oficial del Representante Legal. IFE, Pasaporte, Cartilla cualquier identificación oficial vigente con fotografía y firma del representante legal, expedida por el Gobierno Federal, Estatal o Municipal. Original para cotejo.
- Original y fotocopia del Poder Notarial, que lo acredite con dicha personalidad (original para cotejo).
- Cuenta de correo electrónico vigente



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Es importante contar con una **cuenta de correo electrónico vigente**, porque por este medio, el Servicio de Administración Tributaria le hará llegar información personalizada de las transacciones o trámites que realice a través de su Portal de Internet o en forma presencial en sus módulos.

d) MANTENER ACTUALIZADA LA INFORMACIÓN EN EL RFC

Tipos de aviso y requisitos:

Para mantener actualizada su situación fiscal en el RFC debe presentar los siguientes avisos ingresando a su portal privado con su RFC y Contraseña (antes CIEC ahora contraseña) sin tener que acudir a los módulos de servicios tributarios ni presentar documentos.

- De apertura de establecimiento, sucursal, local fijo, semifijo o almacén.
- De cierre de establecimiento, sucursal, local fijo, semifijo o almacén.
- Aviso de suspensión de actividades.
- Aviso de reanudación de actividades
- Aviso de actualización de actividades económicas y de obligaciones fiscales.
- Aviso de cambio de domicilio fiscal.

Los siguientes avisos debe presentarlos en cualquier Módulo de Servicios Tributarios, llevando los documentos señalados en el Catálogo de Servicios y Trámites del SAT.

- Aviso de cambio de nombre (personas físicas).



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



- Aviso de cancelación por defunción.¹²

e) FACTURACIÓN Ó “RECIBOS DE HONORARIOS”

Las facturas impresas en papel con código de barras se tramitaran siempre que tus ingresos anuales **no sean mayores** a 250,000 mil pesos y se realizaran siguiendo los siguientes pasos:

1.- Solicita en el Sistema de Comprobantes Fiscales (SICOFI) el código de barras y la aprobación de folios, con tu Fiel.

¿CÓMO REALIZARLO?

Equipo mínimo:

- Computadora personal (PC) o laptop.
- Monitor SVGA a color
- Procesador Pentium® IV a 1.7 GHZ o superior.
- 512 MB de memoria RAM o superior dependiendo del sistema operativo.
- Sistema operativo Microsoft Windows® XP con últimas versiones de service pack instaladas
- Espacio en disco duro total de 500 MB.
- Internet Explorer 7 o superior.

Conocimientos del usuario:

- Manejo básico de equipo de cómputo.
- Sistema operativo Windows.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



PASOS:

Ingresar a la página www.sat.gob.mx, al Sistema Integral de Comprobantes Fiscales (SICOFI) en la opción **“Solicitud de series y folios de comprobantes fiscales impresos con CBB.”**, posteriormente ingresar un “RFC” valido que cuente con obligaciones fiscales para la impresión de comprobantes fiscales impresos, e ingresar la Contraseña (antes CIEC) ó bien tu FIEL.

SHCP SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO

SAT Servicio de Administración Tributaria

Portal de Contribuyentes

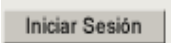
Ingrese sus credenciales

RFC

Contraseña

[Ingrese utilizando FIEL](#)

Figura 1. Pantalla de inicio del Modulo “Solicitud de series y folios de comprobantes fiscales impresos con CBB”.

- Una vez ingresado los datos (RFC y Contraseña) dar clic en el botón 
- Para realizar la autenticación por medio de FIEL deberá hacer clic en la opción [Ingrese utilizando FIEL](#) de la pantalla de autenticación, una vez que realice esta acción enviara la pantalla como se muestra en la siguiente figura.



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



Deberá ingresar los siguientes datos para autenticarse:

- Contraseña de clave privada.
- Clave Privada (*.key)
- Certificado (*.cer)

- Una vez que realice la autenticación de manera exitosa, se desplegará la página de Datos del Contribuyente

DATOS DEL CONTRIBUYENTE	
Nombre, denominación o razón social	AMADOR ARREOLA ARMANDO
Domicilio Fiscal del Contribuyente	Entidad : DISTRITO FEDERAL Municipio : MIGUEL HIDALGO Calle : LAGO BOLSENA Num. Ext : 183 Num.Int : B Colonia : ANAHUAC C.P. : 11320
ALR	11 DISTRITO FEDERAL
Situación Domicilio	Localizado
Situación Fiscal	ACTIVO

Figura 2. Se requiere RFC valido que cuente con obligaciones fiscales para la impresión de comprobantes fiscales impresos, contraseña de clave privada, clave privada y el certificado para el RFC

De la pantalla de Datos del Contribuyente que se muestra en la **Figura 2** dar clic en el botón , la cual desplegará la pantalla siguiente **Figura 3:**

DATOS DEL CONTRIBUYENTE

RFC Contribuyente	AAAA431003CW8
Comprobante	CARTA PORTE
Serie	AQX
Folio Inicial	1
Folio Final	100
Movimiento	Aprobación

*Para emitir un tipo de comprobante distinto a los señalados, es preciso realizar la actualización de sus obligaciones conforme a la actividad que desempeña a través de la página www.sat.gob.mx en la opción "Mi portal"

Figura 3. Datos del Contribuyente.

Elegir un tipo de comprobante que se requiere, e ingresar los siguientes datos en el área designada para la aprobación de folios:

Serie: AQX

Folio Inicial: 1

Folio Final: 100

DATOS DEL CONTRIBUYENTE

Windows Internet Explorer

Si los datos son correctos oprima el botón ACEPTAR; Si son incorrectos dé un clic en CANCELAR y modifique los datos

RFC Contribuyente: AAAA431003CW8
 Comprobante: CARTA PORTE
 Serie: AQX
 Folio Inicial: 1
 Folio Final: 100
 Movimiento: APROBACIÓN

*Para emitir realizar la a desempeña a través de la página www.sat.gob.mx en la opción "Mi portal"

Figura 4. Confirmar datos del contribuyente.

Dar clic en el botón y posteriormente confirmar los datos

DATOS DEL CONTRIBUYENTE

RFC Contribuyente	AAAA431003CW8
Comprobante	FACTURAS
Serie	AQX
Folio Inicial	1
Folio Final	100
Movimiento	Aprobación

FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA

RFC

Contraseña de la Clave Privada

Clave Privada (*.key)

Certificado (*.cer)

Figura 5. Contraseña de la clave privada, clave privada y certificado.

Una vez confirmado los datos del contribuyente presionar el botón , se cerrara la ventana y se mostrara una pantalla requiriendo los datos de contraseña de clave privada, clave privada (*.key) y el certificado del contribuyente (*.cer).

Dar clic en el botón **Firmar Solicitud**, se desplegara el mensaje siguiente “La solicitud ha sido firmada, haga clic en el botón de Continuar”, con esto

RANGO DE COMPROBANTES REGISTRADOS EXITOSAMENTE CON EL NÚMERO DE APROBACIÓN QUE SE INDICA.	
RFC	AAAA431003CW8
Nombre	ARMANDO AMADOR ARREOLA
Domicilio Fiscal	Entidad : DISTRITO FEDERAL Municipio : MIGUEL HIDALGO Calle : LAGO BOLSENA Num. Ext : 103 Num.Int B Colonia : ANAHUAC C.P. : 11320
Tipo de Comprobante	FACTURAS
Serie	AQX
Folio Inicial	1
Folio Final	100
Número de Aprobación	4072150
Fecha (dd/mm/aaaa) hh:mm:ss	18/02/2011 13:01:50
Cadena Original	
[AAAA431003CW8]ARMANDO AMADOR ARREOLA[FACTURAS]AQX1 [100]4072150[18/02/2011 13:02:48][APROBACION]00001000 [000000000002]	

Continuar Imprimir

Habilitará el botón **Continuar**, una vez que se habilite el botón hacer clic sobre él para que despliegue el acuse correspondiente de la aprobación.

Figura 6. Acuse correspondiente de la aprobación.

Domicilio Fiscal	Entidad : DISTRITO FEDERAL Municipio : MIGUEL HIDALGO Calle : LAGO BOLSENA Num. Ext : 103 Num.Int B Colonia : ANAHUAC C.P. : 11320
Tipo de Comprobante	FACTURAS
Serie	AQX
Folio Inicial	1
Folio Final	100
Número de Aprobación	4072150
Fecha (dd/mm/aaaa) hh:mm:ss	18/02/2011 13:01:50
Cadena Original	
[AAAA431003CW8]ARMANDO AMADOR ARREOLA[FACTURAS]AQX1 [100]4072150[18/02/2011 13:02:48][APROBACION]00001000 [000000000002]	
Firma Digital de la Solicitud	
[p]m[C]MALT40+7wVWUJFRm+2pLp+qz@WVE+==8x6lZn0iv [Q]zCz9pC2C1203U7L4fV684070LQ1T2F56w6vW39C [5]YSILg_LK+Z8lo8CCY3YF6BZsqV2KVCWQhL9C4QofBE [W]LS05n4mYcmFL6WV6+	
Sello Digital del SAT	
[h]1P3+baqk+D3qRGAkCosw4rWx0d8RTRo6cpn0H2OZcSRPX5Qf+Gh8CC0c0MjAmMjH4G6e2YRC7M42y0VWZ1 [h]ta3haym40yU38BR7Nj_2mxCn0ZSKP2MTZAKSTY002NHVfVvILlq6vIDwOVKk4qH4eL8IP0=	

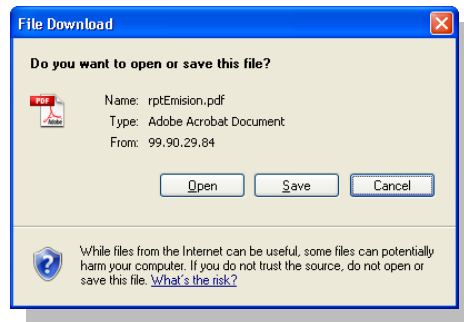
Continuar Imprimir

Una vez mostrado la ventana del acuse como se muestra en la Figura 6 y Figura 7, seleccionar la opción **Enviar a PDF** file y dar clic en **Exportar**.

Figura 7. Acuse correspondiente de la aprobación.

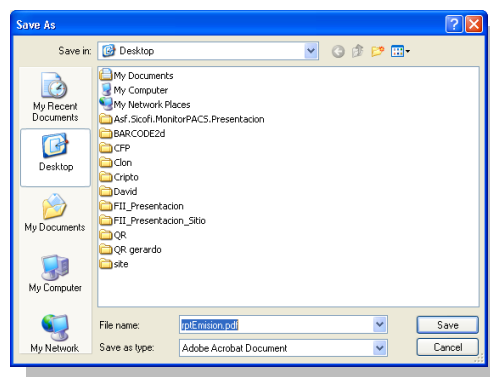
Enviar a PDF **Exportar**

Figura 8. Exportación de archivos.



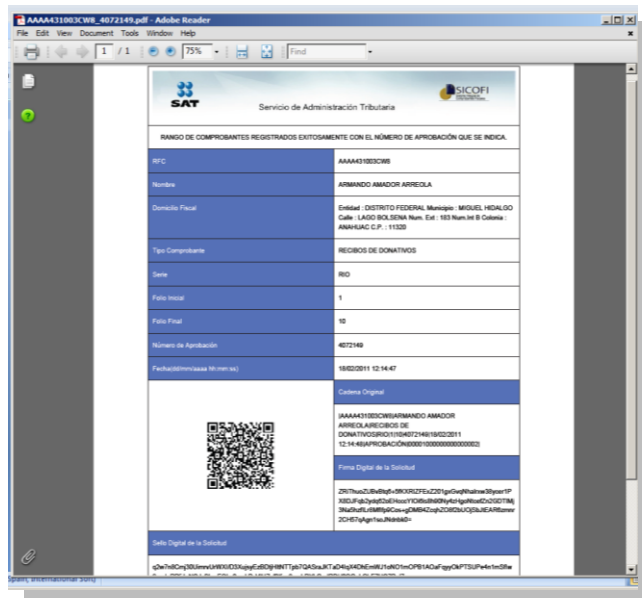
Se mostrará una ventana de dialogo para guardar el archivo “pdf”, posteriormente dar clic en “Guardar”.

Figura 9. Guardar Acuse en PDF.



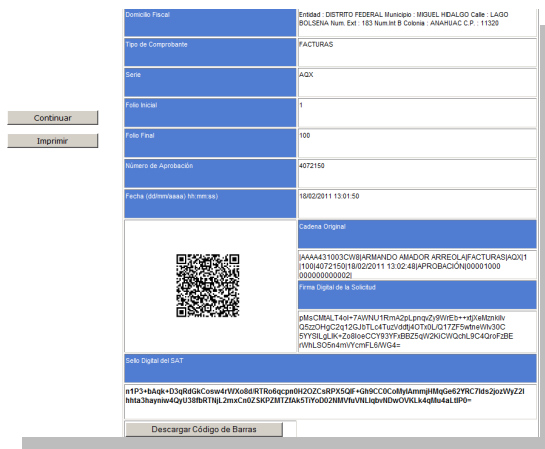
Seleccionar una ruta en el equipo para guardar el reporte.

Figura 10. Ruta para guardar Acuse en PDF.



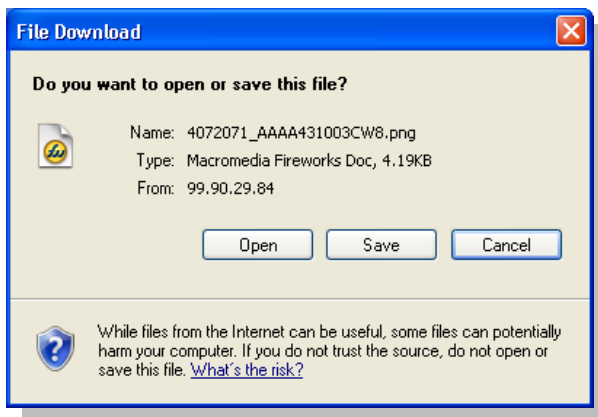
Posteriormente abrir el archivo “pdf”, que se guardo en la ruta seleccionada.

Figura 11. Vista del archivo guardado en PDF.



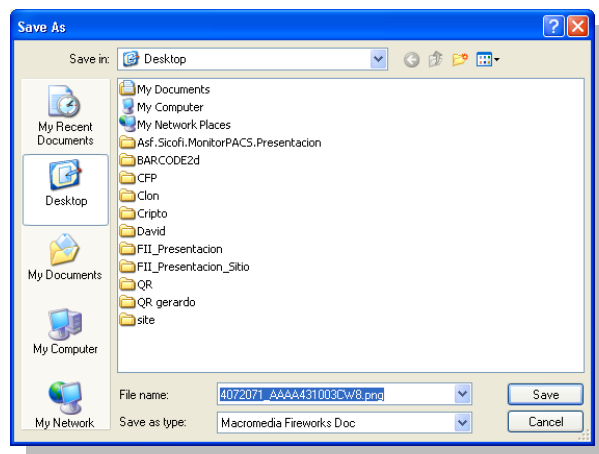
Así mismo si se desea obtener la imagen del código de barras, En la ventana del acuse, dar clic en el botón **Descargar código de barras** código de barras.

Figura 12. Descargar Código de Barras.



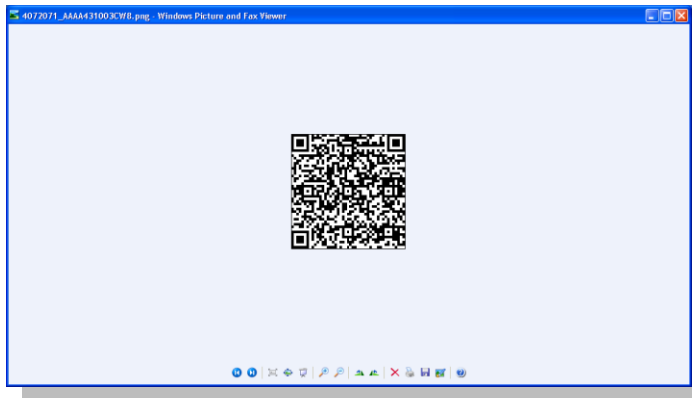
Se mostrará una ventana de dialogo, posteriormente dar clic en **“Guardar”** o **“Save”**.

Figura 13. Guardar Código de Barras.



Seleccionar una ruta en el equipo para guardar la imagen en **“PNG”**, del código de barras.

Figura 14. Ruta del Código de Barras.



Abrir la imagen “PNG”, de la ruta donde se guardo.

Figura 15. Vista del a imagen “PNG” del Código de Barras.

NOTA: Si requiere manipular el tamaño de la imagen es necesario agregarlo a un editor de textos o de imágenes para manipular al tamaño deseado.

CONSULTA DE APROBACIONES

Ingresar al aplicativo, como se muestra en la **figura 1**, posteriormente se mostraran los datos del contribuyente.

DATOS DEL CONTRIBUYENTE

Nombre, denominación o razón social	AMADOR ARREOLA ARMANDO
Domicilio Fiscal del Contribuyente	Entidad : DISTRITO FEDERAL Municipio : MIGUEL HIDALGO Calle : LAGO BOLSENA Num. Ext : 183 Num.Int : B Colonia : ANAHUAC C.P. : 11320
ALR	11 DISTRITO FEDERAL
Situación Domicilio	Localizado
Situación Fiscal	ACTIVO

Consulta de Aprobaciones Aprobación de Folios Salir

Figura 16. Datos del Contribuyente.



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



Dar clic en el botón **Consulta de Aprobaciones**, posteriormente se desplegara una pantalla.

Contribuyente	AAAA431003CW8
Comprobante	FACTURAS

Figura 17. Seleccionar tipo de comprobante.

Seleccionar un **“tipo de comprobante”** y dar clic en el botón **Continuar** se desplegara la pantalla con los registros de aprobaciones.

RFC CONTRIBUYENTE: AAAA431003CW8

BOLETA DE EMPEÑO

Modificar	Cancelar	Núm. Aprobación	Serie	Folio Inicial	Folio Final	Fecha	Movimiento	Tipo Captura
		4072036	AA	1	50	02/09/2010 10:33:34	APROBACIÓN	Captura Normal
		4072046	AA	51	100	10/09/2010 19:22:29	APROBACIÓN	Captura Normal
		4072068	W	1	300	13/09/2010 20:23:27	APROBACIÓN	Captura Normal
		4072068	W	1	50	13/09/2010 20:39:39	CANCELACIÓN	Captura Normal
		4072068	W	51	80	13/09/2010 21:19:43	CANCELACIÓN	Captura Normal
		4072068	W	81	100	13/09/2010 21:23:50	CANCELACIÓN	Captura Normal
		4072068	W	101	200	13/09/2010 21:27:59	CANCELACIÓN	Captura Normal
		4072068	W	201	250	13/09/2010 21:30:36	CANCELACIÓN	Captura Normal
		4072068	W	251	259	13/09/2010 21:45:16	CANCELACIÓN	Captura Normal
		4072068	W	260	270	13/09/2010 21:43:58	CANCELACIÓN	Captura Normal

Figura 18. Boleta de Empeño.



REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL



- Del resultado de la consulta, dar clic icono “**Modificar**”,  .

RFC CONTRIBUYENTE: AAAA431003CW8

BOLETA DE EMPEÑO



Modificar	Cancelar	Núm. Aprobación	Serie	Folio Inicial	Folio Final	Fecha	Movimiento	Tipo Captura
		4072036	AA	1	50	02/09/2010 10:33:34	APROBACIÓN	Captura Normal

Figura 19. Modificar Boleta.

- Una vez seleccionada la opción “**Modificar**”, se visualizara la pantalla con la información que es permitida editar del registro.

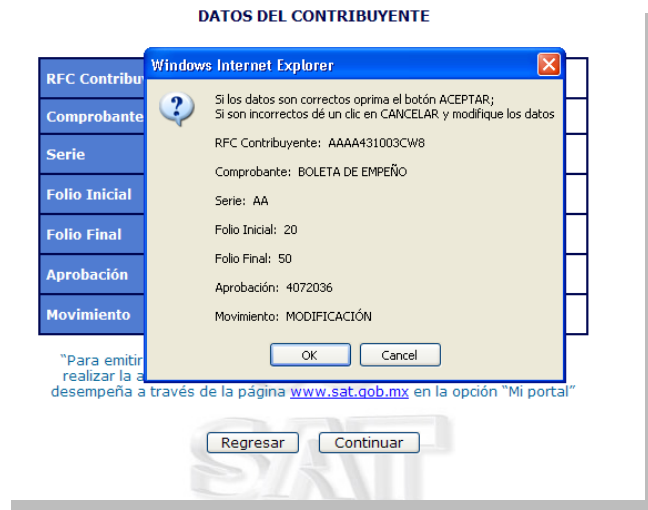
DATOS DEL CONTRIBUYENTE

RFC Contribuyente	AAAA431003CW8
Comprobante	BOLETA DE EMPEÑO
Serie	AA
Folio Inicial	1
Folio Final	50
Aprobación	4072036
Movimiento	Modificación

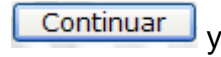
"Para emitir un tipo de comprobante distinto a los señalados, es preciso realizar la actualización de sus obligaciones conforme a la actividad que desempeña a través de la página www.sat.gob.mx en la opción "Mi portal"



Figura 20. Modificar Datos del Contribuyente.



Dar clic en el botón



y posteriormente confirmar los datos ingresados, presionando el

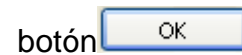


Figura 21. Modificar Datos del Contribuyente



Se mostrara una ventana requiriendo la contraseña de clave privada, la clave privada y el certificado del contribuyente.

Figura 22. Contraseña de clave privada, la clave privada y el certificado del contribuyente

RFC	AAA431003CV8
Nombre	ARMANDO AMADOR ARREOLA
Domicilio Fiscal	Entidad: DISTRITO FEDERAL Municipio: MIGUEL HIDALGO Calle: LA OJO BOLSEÑA Num. Ext.: 183 Num.Int B Colonia: ANAHUAC C.P.: 11320
Tipo de Comprobante	BOLETA DE EMPLEO
Serie	W
Folio Inicial	1
Folio Final	300

Dar clic en el botón



se desplegará el mensaje siguiente “La solicitud ha sido firmada, haga clic en el botón de Continuar”, con esto

Figura 23. Acuse con Modificación

Domicilio Fiscal	Entidad: DISTRITO FEDERAL Municipio: MIGUEL HIDALGO Calle: LA OJO BOLSEÑA Num. Ext.: 183 Num.Int B Colonia: ANAHUAC C.P.: 11320
Tipo de Comprobante	FACTURAS
Serie	ADX
Folio Inicial	1
Folio Final	100
Número de Aprobación	4072150
Fecha (dd/mm/aaaa) hh:mm:ss	18/02/2011 13:01:50
Cadena Original	<p>IAAAA431003CV8JARMANDO AMADOR ARREOLAFACTURASIAQX111000407215018/02/2011 13:02:48JAPROBACION0009010000000000002</p> <p>Firma Digital de la Solicitud</p> <p>pM5CMAL74dl+7AVNLU1Rm+2pLpnqz/9WVEb+xtjXmZn5lvQ5zOHgCq2q12GJtLc41uzvddj40TX0LUQ17ZF5wheWw30C5YYSLg_LIK+Zoblo+CCY83YF+BBZ5qWZKICWQchL9C4QrofzBEpWNL505nAmYcmFL6W64+</p>
Sello Digital del SAT	<p>n1P3+hAqk+D3qr8GkCosw4rWx8dRTRo6cpn0H2OZcSRPK5QF+Gh9CC0colMyIAmmjHMgGe62YRC7lds2jocWyzZlMta3haymw4QyU38tBrTNL2mxCn0ZSKPZM1ZfAK5Tm60ZMwVhuVNLlqbrWdW0VVLk4qll4al6P0-</p>

Habilitara el botón



, una vez que se habilite el botón hacer clic sobre él para que despliegue el acuse correspondiente de la modificación.

Figura 24. Acuse con Modificación



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



2.- GENERE Ó IMPRIMA SU COMPROBANTE.

Requerimientos:

- Contraseña (antes CIEC).
- Fiel vigente.
- Solicitar aprobación de folios vía internet.
- Incorporar Código de Barras Bidimensional (CBB).
- Impresión de los comprobantes por medios propios del contribuyente o bien a través de un tercero.

Requisitos de los comprobantes impresos con Código de Barras Bidimensional.

1. Clave del Registro Federal de Contribuyentes del emisor.
2. Si se tiene más de un local o establecimiento, se deberá señalar el domicilio del local o establecimiento en el que se expidan.
3. Lugar y fecha de expedición.
4. Clave del Registro Federal de Contribuyente de la persona a favor de quien se expida.
5. Cantidad, unidad de medida y clase de los bienes o mercancías o descripción del servicio o del uso o goce que amparen.
6. Valor unitario consignado en número.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



7. Importe total consignado en número o letra.
8. Señalamiento expreso cuando la contraprestación se pague en una sola exhibición o en parcialidades.
9. Cuando proceda, se indicará el monto de los impuestos trasladados desglosados por tasa de impuesto y, en su caso, el monto de los impuestos retenidos.
10. Número y fecha del documento aduanero, tratándose de ventas de primera mano de mercancías de importación.
11. El CBB proporcionado por el SAT al contribuyente al momento de la asignación de los folios, mismo que deberá reproducirse con un mínimo 200/200 dpi en un área de impresión no menor a 2.75 cm. por 2.75 cm.
12. El número de aprobación del folio asignado por SICOFI.
13. El número de folio asignado por el SAT y en su caso la serie.
14. La leyenda “La reproducción apócrifa de este comprobante constituye un delito en los términos de las disposiciones fiscales”, misma que deberá ser impresa con letra no menor de 5 puntos.
15. La leyenda “Este comprobante tendrá una vigencia de dos años contados a partir de la fecha de aprobación de la asignación de folios, la cual es: dd/mm/aaaa”, misma que deberá ser impresa con letra no menor de 5 puntos.



REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL



MODELO DE COMPROBANTE FISCAL IMPRESO

A manera de ejemplo, se pone a su disposición un modelo de comprobante fiscal impreso con CBB.

FACTURA

Folio: **A 100**

1 **RFC: CACE-830914-602**

2 **ESPERANZA No. 16 COL. JACARANDAS CP 51530 TEL: 55 49 30 01**
DELEGACIÓN IZTACALCO MÉXICO DF.

3 **México, D.F. a _____**

NOMBRE: _____

4 **RFC CLIENTE:** _____

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	P. UNITARIO	IMPORTE

5

6

11

7 **TOTAL CON LETRA** _____

9 **SUBTOTAL** _____
IVA. _____
TOTAL _____

12 **NÚMERO DE APROBACIÓN SICOFI: 12345678**

10 **NÚMERO Y FECHA DE DOCUMENTO ADUANERO: _____**
(sólo aplica en la importación de mercancías respecto de las que realicen ventas de primera mano)

14 **La reproducción apócrifa de este comprobante constituye un delito en los términos de las disposiciones fiscales**

15 **Este comprobante tendrá una vigencia de dos años contados a partir de la fecha de aprobación de la asignación de folios, la cual es: dd/mm/aaaa**

8 **Pago en una sola exhibición**



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Los comprobantes fiscales impresos con Código de Barras Bidimensional (CBB) deben cumplir con los siguientes requisitos de acuerdo al artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación:

1. Clave del Registro Federal de Contribuyentes del emisor.
2. Régimen Fiscal en que tributen conforme a la Ley del ISR.
3. Si se tiene más de un local o establecimiento, se deberá señalar el domicilio del local o establecimiento en el que se expidan.
4. Lugar y fecha de expedición.
5. Clave del Registro Federal de Contribuyente de la persona a favor de quien se expida.
6. Cantidad, unidad de medida y clase de los bienes o mercancías o descripción del servicio o del uso o goce que amparen.
7. Valor unitario consignado en número.
8. Importe total consignado en número o letra.
9. Señalamiento expreso cuando la contraprestación se pague en una sola exhibición o en parcialidades.
10. Cuando proceda, se indicará el monto de los impuestos trasladados desglosados por tasa de impuesto y, en su caso, el monto de los impuestos retenidos.
11. Forma en que se realizó el pago (efectivo, transferencia electrónica, cheque nominativo o tarjeta de débito, de crédito, de servicio o la denominada monedero electrónico, indicando al menos los últimos cuatro dígitos del número de cuenta o de la tarjeta correspondiente.
12. Número y fecha del documento aduanero, tratándose de ventas de primera mano de mercancías de importación.

Otros requisitos establecidos en la Resolución Miscelánea Fiscal para 2013 (Regla II.2.6.1.1):



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



- 13.El CBB proporcionado por el SAT al contribuyente al momento de la asignación de los folios, mismo que deberá reproducirse con un mínimo 200/200 dpi en un área de impresión no menor a 2.75 cm. por 2.75 cm.
- 14.El número de aprobación del folio asignado por SICOFI.
- 15.El número de folio asignado por el SAT y en su caso la serie.

CÓDIGO DE BARRAS BIDIMENSIONAL (CBB)

La imagen del código de barras bidimensional que debe incorporarse en los comprobantes fiscales impresos será proporcionada por el SAT al momento de obtener cada aprobación de folios a través de su página en Internet.



2.75 X 2.75 cm.

200/200 DPI.



f) FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Para tramitar la factura electrónica desde el portal del SAT deberá ingresar a la página “www.sat.gob.mx”, clic en “Información Fiscal” y seleccionar la opción de Factura Electrónica.

1.- Tramitará un certificado de sello digital, con su Fiel

- Descargue la aplicación Solcedi.
- Genere con Solcedi la solicitud de certificado de sello digital.
- Envíe la solicitud de sellos digitales y recupere ahí mismo los certificados. Requiere de su Contraseña (antes CIEC) o Fiel para realizar el envío.

2.- Acuda con un proveedor de Factura Electrónica, ó utilice la herramienta gratuita ofrecida por el SAT

GENERACIÓN GRATUITA DE FACTURAS ELECTRÓNICAS

Este servicio permite generar gratuitamente sus facturas electrónicas. Está dirigido principalmente a contribuyentes de regímenes como arrendamiento, actividad empresarial y profesional “honorarios”, entre otros con bajos volúmenes de emisión de facturas; sin embargo no está limitado sólo a estos.


Deberá ingresar al “Portal de Contribuyentes en la dirección
<https://portalcfdi.facturaelectronica.sat.gob.mx/>



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



FACTURA ELECTRÓNICA

Factura Electrónica (CFDI)		Folio Fiscal: ad662d33-6934-459c-a128-bdf0393e0f44		
RFC: CRAC800914ER9	No de Serie del Certificado del CSD: 30001000000100000999			
Régimen Fiscal: Régimen de las Personas Físicas con Actividades Empresariales y Profesionales	Lugar, fecha y hora de emisión: MÉXICO D.F. 2012-01-02T20:20:00			
RFC Receptor: CAUR390312S87				
IX				
Cantidad	Unidad de medida	Descripción	Precio Unitario	Importe
1	Servicio	Asesoría Fiscal y Administrativa	\$2,000.00	\$2,000.00
Total con letra: Dos mil trescientos veinte pesos, 00/100 m. n.	Subtotal: \$2,000.00			
	IVA (16%): \$320.00			
	ISR Retenido:			
	IVA Retenido:			
	Total: \$2,320.00			
V Sello Digital del CFDI: IOSe+ExIwvn33Y1OwIimrJwQ31Drd7I10V6H63TQjHfK5ofE3qUjSbDUck2TXvo70yd0pkRvW+9E2Sx0mou3Pj0Pp0509cAYITrRyomdeUCJ4vmA2/12L6EJLWpUj/vt4cL8f-pkEw/TOFhSdpzb89J-fP+21adBsHU1VHc=				
IV Sello del SAT: p5uSuqM3w0+slGlliuOwqyG++659c78jkfslu5vTS=a+2CVM6Awir18x4yM_GEw:cruYjyBjVURodEi6rJiHtTUIYQV1cURDG9kvwiaNAekxqaS0nOnOx79rHxcFPRVoqh1OCsjocS9PZkSM2z1uwLgaF0knf1g8qDkLYwIk-				
	Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: 1 ad662d33-6934-459c-a128-bd0393e0f44 2011-07-02T20:20:00 47Z YyIk1MIEPzTxY3h57KYJnEXNee9vLMGa3jGMePsDIECF5XLWbrV2GLZTX00vP2+YsPN+8UmvRdzMLZGERESNqF9fdnbtA487dWnCb5Uo0kVpghvpY7rcA4IB1DJJWc+zntk3W+g49WnlkyX0LOID0YuxcKdt7CAx4+ 12345678901234567890			
	No de Serie del Certificado del SAT: 30001000000100000801			
	Fecha y hora de certificación: 2012-01-02T20:20:10			
a) Este documento es una representación impresa de un CFDI c)				



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Las impresiones de las facturas electrónicas (CFDI) deben cumplir con los siguientes requisitos:

- I. Clave del Registro Federal de Contribuyentes del emisor.
- II. Régimen Fiscal en que tributen conforme a la Ley del ISR.
- III. Sí se tiene más de un local o establecimiento, se deberá señalar el domicilio del local o establecimiento en el que se expidan las Facturas Electrónicas.
- IV. Contener el número de folio asignado por el SAT y el sello digital del SAT.
- V. Sello digital del contribuyente que lo expide.
- VI. Lugar y fecha de expedición.
- VII. Clave del Registro Federal de Contribuyente de la persona a favor de quien se expida.
- VIII. Cantidad, unidad de medida y clase de los bienes, mercancías o descripción del servicio o del uso y goce que amparen.
- IX. Valor unitario consignado en número.
- X. Importe total señalado en número o en letra.
- XI. Señalamiento expreso cuando la contraprestación se pague en una sola exhibición o en parcialidades.
- XII. Cuando proceda, se indicará el monto de los impuestos trasladados desglosados por tasa de impuesto y, en su caso, el monto de los impuestos retenidos.
- XIII. Forma en que se realizó el pago (efectivo, transferencia electrónica, cheque nominativo o tarjeta de débito, de crédito, de servicio o la denominada monedero electrónico, indicando al menos los últimos cuatro dígitos del número de cuenta o de la tarjeta correspondiente).
- XIV. Número y fecha del documento aduanero, tratándose de ventas de primera mano de mercancías de importación.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Además de los requisitos contenidos en la Resolución Miscelánea Fiscal vigente:

- a) Código de barras generado conforme al Anexo 20.
- b) Número de serie del CSD del emisor y del SAT.
- c) Cualquiera de las siguientes leyendas:
 - “Este documento es una representación impresa de un CFDI” o
 - “Este documento es una representación impresa de un Comprobante Fiscal Digital a través de Internet”.
- d) Número de referencia bancaria o número de cheque con el que se efectúe el pago (opcional).
- e) Fecha y hora de emisión y de certificación de la Factura Electrónica (CFDI) en adición a lo señalado en el artículo 29-A, fracción III del CFF.
- f) Cadena original del complemento de certificación digital del SAT.

g) CONTABILIDAD

Preferentemente será necesario contratar con los servicios de un Contador Público para el registro de las operaciones en ingresos, egresos y de registro de inversiones y deducciones. La contabilidad (incluyendo toda la documentación de carácter fiscal) deberá conservarse por un periodo de 5 años. O bien si el Cirujano Dentista tiene el tiempo y disponibilidad podrá hacerlo el mismo.

Entre otros documentos que integran la contabilidad esta:

- La copia de los comprobantes fiscales de los ingresos que obtiene y los comprobantes originales de las compras y gastos que realiza (siempre que estos sean indispensables para desarrollar su actividad)



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Registre sus operaciones y cuando deba presentar su declaración de impuestos, realice las operaciones aritméticas necesarias para determinar el ingreso que obtuvo en el período, las deducciones (gastos) que realice y la suma de las retenciones que le hubieran efectuado, con estos datos podrá determinar el impuesto del período.¹²

h) DECLARACIONES

- **MENSUALES**

Las personas físicas y morales deben efectuar declaraciones provisionales y definitivas mensualmente, a través del Servicio de Declaraciones y Pagos, a más tardar el 17 del mes siguiente al que corresponda el pago.

El Servicio de Declaraciones y Pagos incluye la opción de cálculo automático de los impuestos, además de ayudas en línea, por lo que solo se requiere tener a la mano, la Bitácora de información debidamente llenada, y en el caso de personas morales sus papeles de trabajo correspondientes al periodo que se declare.

Personas físicas con ingresos hasta 250, 000 pesos en el año anterior

- **ANUALES**

En la Declaración Anual, que debe presentar, se realiza el cálculo definitivo del Impuesto Sobre la Renta (ISR) y del Impuesto Empresarial a Tasa Única (IETU), informa sobre el monto de los ingresos obtenidos durante el ejercicio, las deducciones y las retenciones relacionadas con sus actividades económicas, además de los pagos provisionales que efectuó durante el año.¹²



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Pasos para presentar la declaración

1. Ingrese a la Declaración automática o bien descargue e instale el programa DeclaraSAT.
2. Capture los datos e información que le solicita el programa.
3. Firme su declaración y envíela utilizando su Firma Electrónica Avanzada (Fiel) o su Contraseña (antes CIEC) según sea el caso.

Después de enviar la declaración recibirá un aviso confirmando la recepción de la información y se le enviará, por correo electrónico, un acuse de recibo con el número de operación, la fecha de presentación y sello digital.¹²

i) OTRAS OBLIGACIONES FISCALES POR CUMPLIR

Una vez que decida tributar en este régimen además de las obligaciones que ya mencionamos (llevar contabilidad, expedir comprobantes, presentar declaraciones), debe cumplir las siguientes obligaciones:

1. **Efectuar retenciones.** Se deberá efectuar la retención del impuesto sobre la renta cuando se paguen sueldos o salarios a trabajadores, y en su caso, entregarles en efectivo las cantidades que resulten a su favor por concepto de subsidio para el empleo.
2. **Expedir constancias.** Si tiene trabajadores debe entregar constancia de las percepciones que les pago y las retenciones que les efectuó, a más tardar en el mes de febrero de cada año.
3. Calcular en la Declaración anual del impuesto sobre la renta, la **participación de los trabajadores en las utilidades** de la empresa (PTU).¹²



CAPITULO IV

4. DISPOSICIONES EMITIDAS POR LA SECRETARIA DE SALUD (SSA)

A la Secretaría de Salud le corresponde el control en la prestación de servicios de atención médica, como materia de salubridad general, siendo necesario que esta dependencia cuente con los instrumentos legales y reglamentarios para realizar específicamente sus atribuciones.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, nos dice que es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.³

Para los efectos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica se entenderá por:

I.- ATENCIÓN MÉDICA.- El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud.

II.- SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA.- El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.



III.- ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.- Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.³

4.1. ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

I.- Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas;

II.- Aquellos en los que se presta atención odontológica;

III.- Aquellos en los que se presta atención a la salud mental de las personas;

IV.- Aquellos en los que se prestan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

V.- Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres, destinadas a las mismas finalidades y que se clasifican en:

- a) Ambulancia de cuidados intensivos;
- b) Ambulancia de urgencias;
- c) Ambulancia de transporte, y
- d) Otras que presten servicios de conformidad con lo que establezca la Secretaría.³

Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.



4.2.- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Los datos más relevantes son:

5. Generalidades

Todo establecimiento de atención médica para pacientes ambulatorios, a que se refiere esta norma, deberá:

5.1. Presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud, dentro de los diez días posteriores al inicio de operaciones, con las especificaciones que se señalan en la normatividad vigente.

5.2. Contar con un Responsable Sanitario, de acuerdo con las disposiciones vigentes en la materia.

5.3. Contar con las facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas propias del establecimiento, de acuerdo con su denominación y oferta de servicios, además de contar con un área, sala o local apropiado para la espera de pacientes y usuarios, así como la disponibilidad de servicios sanitarios, de conformidad con lo que señala la NOM-197-SSA1-2000.

5.6. El diseño arquitectónico deberá considerar lo necesario para que, tanto el acceso como la salida del establecimiento, puedan llevarse a cabo en forma rápida y segura, considerando las necesidades especiales de las personas con discapacidad y adultos mayores.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



5.9. Los establecimientos que proporcionan servicios de atención médica ambulatoria de los sectores público, social y privado, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de la presente norma, ante los organismos aprobados para dicho propósito.

6. Especificaciones

6.1.3. Consultorio de estomatología:

6.1.3.1. Contar con áreas para el sillón dental y sus accesorios, asegurando los espacios necesarios para circular con facilidad y seguridad, así como para la preparación y esterilización de materiales. Podrá contar con un área para entrevistas y aparato de Rayos X dental.

6.1.3.2. La instalación eléctrica requiere contactos apropiadamente distribuidos y en número suficiente para los equipos instalados. Todos los contactos deben estar eléctricamente polarizados y aterrizados, no se deberán usar extensiones eléctricas o contactos múltiples en un solo contacto.

6.1.3.3. La instalación hidráulica debe ser complementada con un sistema local de filtración del agua para aquella que se utiliza en la jeringa triple y en las piezas de mano.

6.1.3.4. Compresora de aire libre de aceite, con filtros y purga de condensados.

6.1.3.5. Contar con el mobiliario, equipo e instrumental descrito en el Apéndice Normativo "B". (VER ANEXO 3)



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



4.3.- NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Los datos más relevantes son:

7. Disposiciones generales aplicables a consultorios de atención médica especializada:

7.2 Los consultorios de atención médica especializada independientes o no ligados a un hospital deberán contar con aviso de funcionamiento y responsable sanitario, de conformidad con la legislación sanitaria vigente; el responsable sanitario deberá ser un médico especialista en el área de la medicina de que se trate.

7.8 Los consultorios de atención médica especializada independientes, deben contar con un botiquín de urgencias, que deberá contar con los medicamentos y material de curación especificados en la Norma Oficial Mexicana referida en el numeral 3.5 de esta norma. (VER ANEXO 4)

7.9 Los consultorios de atención médica especializada, deberán contar con un archivo de expedientes clínicos.

7.10 Cada consultorio deberá contar con una sala de espera, la cual podrá ser compartida por un conjunto de consultorios que se encuentren en una misma planta. Las dimensiones y el mobiliario de dicha sala, deberán ser proporcionales al número de consultorios que se disponga, preferentemente con un mínimo de 6 lugares de espera por consultorio.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



7.11 La sala de espera, deberá contar preferentemente con sanitarios para público y pacientes, independientes para hombres y mujeres; además cada uno de ellos, deberá disponer de un inodoro para uso de personas con discapacidad, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana referida en el numeral 3.17 de esta norma.

7.13.23 Consultorio de especialidades de estomatología:

7.13.23.1 De acuerdo con el tipo de actividades que realice el establecimiento, debe contar con el instrumental que por subespecialidad se indica en el Apéndice AK (Normativo). ^(VER ANEXO 5)

7.13.23.2 Debe disponer de un espacio para preparación de materiales y otro para esterilización.

4.4.- NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

Los datos más relevantes son:

5. Requisitos Arquitectónicos Específicos:

5.1. Los establecimientos para la atención médica contarán con una entrada al nivel del piso, sin diferencias de niveles entre el interior y el exterior; cuando no sea posible, las entradas deberán tener rampas.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



5.2. Las rampas deberán tener las características siguientes:

- 5.2.1. Ancho de 1.00 m. libre entre pasamanos.
- 5.2.2. Pendiente no mayor de 6%.
- 5.2.3. Bordes laterales de 0.05 m. de altura.
- 5.2.4. Pasamanos en ambos lados.
- 5.2.5. El piso deberá ser firme, uniforme y antiderrapante.
- 5.2.6. Longitud no mayor de 6.00 m. de largo.
- 5.2.7. Cuando la longitud requerida sobrepase los 6.00 m. se considerarán descansos de 1.50 m.
- 5.2.8. Señalamiento que prohíba la obstrucción de la rampa con cualquier tipo de elemento.
- 5.2.9. Símbolo internacional de acceso a discapacitados.

5.3. Las escaleras deberán tener las características siguientes:

- 5.3.1. Pasamanos a ambos lados.
- 5.3.2. Ancho mínimo de 1.80 m. libre de pasamanos.
- 5.3.3. Quince peraltes como máximo entre descansos.
- 5.3.4. La nariz de las huellas debe ser antiderrapante y de color contrastante.
- 5.3.5. Los peraltes serán verticales o con una inclinación máxima de 0.025 m.



4.5.- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

Los datos más relevantes son:

5. Disposiciones generales

5.1. La atención a las necesidades de salud bucal de la población mexicana se debe orientar, con base en la prevención, a través de acciones de promoción de la salud y protección específica a nivel masivo, grupal e individual, diagnóstico, limitación del daño, rehabilitación, detección y control de factores de riesgo de las enfermedades bucales.

5.2. El estomatólogo debe informar al paciente sobre el diagnóstico y posibles alternativas de tratamiento con un lenguaje claro y sencillo, así como sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas, durante y después del tratamiento.

5.3. La información referente a la historia clínica, plan de tratamiento, así como al consentimiento bajo información, deben ser firmados por el paciente y en el caso de pacientes menores de edad o personas discapacitadas, por algún familiar, tutor o representante legal y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

5.3.1. El consentimiento válidamente informado, debe ser actualizado cada vez que se modifique el plan de tratamiento establecido, siempre en beneficio de la salud del paciente.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



5.4. El estomatólogo es el único responsable y autorizado, para realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, rehabilitación y control de enfermedades bucales, así como de la terapéutica farmacológica. El pasante de estomatología en servicio social, podrá realizar estas actividades bajo supervisión periódica del estomatólogo.

5.6. Todo paciente sin excepción debe considerarse potencialmente infeccioso.

5.7. El estomatólogo debe observar los criterios establecidos para el control de infecciones, evitando así, la transmisión de microorganismos de paciente a paciente, del profesional de la salud al paciente y del paciente al profesional de la salud.

5.8. La elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico odontológico se sujetará a lo dispuesto en la NOM-004-SSA3-2012 que sustituye a la NOM-168-SSA1-1998, donde se establece que es de carácter legal y confidencial, debe estar bajo custodia del estomatólogo o la institución, en su caso, y debe ser conservado por un periodo mínimo de 5 años.

5.9. El estomatólogo y el personal auxiliar deben capacitarse en el manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.

5.9.1. El consultorio estomatológico debe contar con un botiquín que incluya lo necesario para el control de las urgencias médicas que puedan presentarse en el ejercicio estomatológico.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



5.11. En el área clínica estomatológica no se debe ingerir alimentos, bebidas, ni fumar.

4.6.- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Los datos más relevantes son:

5 Generalidades

5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.2 Todo expediente clínico odontológico, deberá tener los siguientes datos generales:

- Tipo
- Nombre
- Domicilio del establecimiento ó en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario
- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente.

5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aporte la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.5 Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

- Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.
- Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



5.5.1 Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal.

5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

5.7 En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables. Sólo será dada a conocer a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.15 **El expediente odontológico** que se integre en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, se ajustará a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.7 de esta norma.

5.21 Las personas físicas, morales, representantes legales o la persona facultada para ello, en los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad

Deberá contar con:

6.1 Historia Clínica.

Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

- Interrogatorio
- Ficha de identificación
- Antecedentes heredo-familiares
- Antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas,) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales)
- Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Exploración física:

- Signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Pronóstico
- Indicación terapéutica.

6.2 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas).
- Signos vitales, según se considere necesario.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Pronóstico.
- Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

6.3 Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:

- Criterios diagnósticos.
- Plan de estudios.
- Sugerencias diagnósticas y tratamiento.

7 De las notas médicas en urgencias

7.1 Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

- Fecha y hora en que se otorga el servicio.
- Signos vitales.
- Motivo de la atención.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Tratamiento y pronóstico.



CAPITULO V

5. AVISO DE FUNCIONAMIENTO ANTE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COFEPRIS)

El 5 de julio de 2001, se decreto la creación de la “Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)” estableciendo el funcionamiento de un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud que opera con autonomía técnica, administrativa y operativa y es responsable del ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitario en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.⁹

En el artículo 17 bis la Secretaría de Salud señala que ejercerá por medio de la COFEPRIS, el control y la vigilancia de los establecimientos de salud. Ya sea para la prestación de servicios públicos a la población en general, instituciones públicas de seguridad social, servicios sociales y privados (artículo 34 y 35 de la Ley General de Salud).⁹

Conforme a la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitario, a través de la **Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios** en lo relativo a (Art. 17 bis):

- El control y vigilancia de los establecimientos de salud.
- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
- La salud ocupacional y el saneamiento básico.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



- El control sanitario de productos, servicios y de su importación y exportación y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.
- El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.
- El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.
- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células de seres humanos.
- La sanidad internacional.
- El control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos células de seres humanos.⁹



5.1. AVISO DE FUNCIONAMIENTO

Se refiere al acto administrativo mediante el cual la autoridad competente COFEPRIS, permite a una persona o entidad pública, social o privada, la realización de actividades relacionadas con la salud humana en los casos y con los requisitos y modalidades que determine este Reglamento y las disposiciones que del mismo emanen.

Las autoridades sanitarias competentes expedirán las autorizaciones respectivas, cuando el solicitante hubiere satisfecho los requisitos que señalen las normas aplicables y cubierto, en su caso, los derechos que establezca la legislación fiscal, de conformidad con lo expuesto por el Artículo 371 de la Ley.³

Los interesados en iniciar labores de Atención médica donde no se practiquen actos quirúrgicos u obstétricos, como son: consultorios médicos, consultorios y clínicas dentales, laboratorios de análisis clínicos sin rayos X, ambulancias y servicios de asistencia social, deberán presentar el Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario del Establecimiento de Servicios de Salud.

Los responsables sanitarios están obligados a presentar un aviso que informe a la autoridad sanitaria el inicio de operaciones con un plazo de 10 días a partir de la apertura del consultorio el fin de contar con un padrón completo de establecimientos para llevar a cabo la vigilancia, control y fomento sanitario.



5.2. ASPECTOS QUE DEBERÁ VIGILAR EL RESPONSABLE SANITARIO

El responsable sanitario es la persona responsable dentro de un establecimiento para la Atención Médica que tendrá las siguientes funciones:

- I. Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y de las demás disposiciones aplicables.
- II. Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud personal expuesto por su ocupación.
- III. Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en él presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra.
- IV. Informar, en los términos que determine la Secretaria, a las autoridades sanitarias competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley.
- V. Notificar al Ministerio Público y, en su caso, a las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



presumiblemente se encuentren vinculadas a la Comisión de Hechos Ilícitos.³

- VI. El responsable sanitario debe dar a conocer al público, a través de un rótulo en el sitio donde presta sus servicios, el horario de su asistencia, así como el horario de funcionamiento del establecimiento.
- VII. En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.³
- VIII. Quienes ejerzan actividades profesionales, técnicas y auxiliares de las disciplinas para la salud en forma independiente, deberán poner a la vista del público su título profesional, certificados, diplomas y en general, los documentos correspondientes, que lo acrediten como tal.
- IX. Los responsables sanitarios de los establecimientos donde se presten servicios de atención médica, están obligados a llevar un archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios en forma subordinada, misma que deberá ser exhibida a las autoridades sanitarias cuando así lo soliciten.³



5.3. PROCEDIMIENTO PARA TRAMITAR EL AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLE SANITARIO

El Aviso de Funcionamiento, así como, el Aviso de Responsable Sanitario es un trámite gratuito e inmediato el trámite es directamente en las oficinas de COFEPRIS ubicadas en Oklahoma 14, Col. Nápoles, Delegación Benito Juárez, México D.F. C.P. 03810 Tel. 5080 5200.

Los Requisitos Documentales son:

- Original y copia simple del formato “Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja”, debidamente llenado. ^(VER ANEXO 6)
- Representante Legal:
 - Original y copia simple del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público de los representantes legales.
 - Copia simple de identificación oficial con fotografía del representante legal (de preferencia credencial de elector, pasaporte o cartilla).
- Personas Autorizadas:
 - Copia simple de identificación oficial con fotografía de la(s) persona(s) autorizada(s) (de preferencia credencial de elector, pasaporte o cartilla).

Para obtener los permisos a que se refiere el artículo anterior, además de cumplir con las obligaciones que establece la Ley y el presente Reglamento, se estará a lo previsto por las Normas Técnicas correspondientes.¹⁰



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



La Secretaría dispondrá de un plazo de sesenta días hábiles para resolver sobre la solicitud de autorizaciones, contado a partir de la fecha de presentación de la solicitud, o desde la fecha en la que se le proporcionen las aclaraciones o informaciones adicionales que expresamente se requieran al solicitante. Si la resolución no se dictamina dentro del plazo señalado; el Aviso de Funcionamiento solicitados se considerarán negados.³

El Aviso de Funcionamiento tendrá vigencia de dos años, contados a partir de la fecha de su expedición y deberán ser exhibidas en un lugar visible del establecimiento.

A la solicitud deberá adjuntarse la documentación comprobatoria de la información que se suministre, así como plano y memoria descriptiva del local que ocupe y de cada una de las secciones que lo integran, con especificaciones respecto al tamaño, iluminación, instalaciones y servicios sanitarios.



5.4. VERIFICACIÓN SANITARIA

Es la diligencia de carácter administrativo a cargo de personal autorizado por la COFEPRIS, para evaluar que los establecimientos, actividades y servicios, cumplan con las disposiciones establecidas en las leyes General y Local de Salud, así como lo establecido en las normas oficiales correspondientes.²³

La Secretaría de Salud tiene la atribución de vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud; para ello se basa principalmente en el Aviso de Funcionamiento que tramita cada establecimiento. Partiendo de dicha premisa, la autoridad sanitaria, debe vigilar que las condiciones sanitarias de los servicios, productos, personal y establecimientos, sean conforme a lo establecido por los distintos reglamentos, leyes y normas vigentes. De esta manera emite órdenes de Visita de Verificación Sanitaria para constatar que los establecimientos están operando correctamente.^{22, 23}

Las visitas de verificación sanitaria que se realizarán podrán ser **Ordinarias** y **Extraordinarias**.

Una visita **ordinaria** iniciada en horas hábiles y finalizar en horas hábiles. Las horas hábiles comprenderán entre las 9 de la mañana y las seis de la tarde.

Las visitas **extraordinarias** procederán cuando:

1. Exista una denuncia escrita, con el nombre y firma del denunciante, su domicilio, la ubicación y la descripción de hechos en busca de irregularidades.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



2. Cuando la autoridad tenga el conocimiento de un hecho ilícito.
3. Cuando la autoridad al realizar la revisión de la documentación para obtener permisos, se percate de las irregularidades imputables al interesado o que este se haya conducido con falsedad.
4. La administración pública tenga conocimiento de accidentes ocurridos en el establecimiento.
5. Cuando en una visita ordinaria previa, el visitado proporcione información falsa
6. Cuando se tenga conocimiento de que existe peligro para la integridad física de las personas, la salud, la seguridad pública o el medio ambiente.

Es importante saber que el verificador sanitario debe llevar durante su visita una credencial expedida por la Oficialía Mayor de Distrito Federal, la cual debe de contener:

- Nombre
- Fotografía a color
- Firma del verificador
- Número de folio y vigencia
- Fecha de expedición y número telefónico para que el visitado pueda corroborar la identidad y adscripción del verificador
- Datos y sello de la dependencia
- Escudo del distrito federal y firma de la Oficialía Mayor.²²

El verificador tiene que ser Cirujano Dentista además de tener una indumentaria limpia y adecuada durante la verificación, constituida de bata blanca, cubre bocas y gorro.

La administración pública tiene la facultad de imponer las sanciones por las irregularidades detectadas durante la verificación según las leyes o reglamentos aplicables.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



La COFEPRIS expedirá una carta con los derechos y obligaciones del responsable sanitario.

Durante la visita, el verificador pedirá al responsable sanitario una copia del plano del consultorio, además solicitará su autorización para tomar fotografías durante la inspección, esto con el fin de anexarlos al acta de verificación. Si el responsable sanitario se niega a que se tomen fotografías, esto se asentará en el acta de verificación.

A continuación se presentan dos listados uno de obligaciones del responsable sanitario y otro con sus derechos, durante el proceso de verificación.

a) OBLIGACIONES

- I. No impedir u obstaculizar la visita de verificación
- II. Acreditar en términos de ley la personalidad con que se ostente
- III. Permitir el acceso al establecimiento, muebles, materiales u objetos, conforme al orden de la visita de verificación.
- IV. Exhibir todos los documentos que exijan las disposiciones legales aplicables.
- V. Proporcionar la información adicional que requiera el verificador.
- VI. Abstenerse de conducirse con falsedad durante la verificación.
- VII. Proporcionar las facilidades al verificador para el correcto desempeño en su visita.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



b) DERECHOS

- I. Exigir que el verificador se identifique.
- II. Acompañarlo durante el desarrollo de la visita de verificación.
- III. Corroborar la autenticidad de los datos contenidos en la orden de visita de verificación a través del sistema telefónico.
- IV. Solicitar la asistencia de la Contraloría General del Distrito Federal en caso de que no coincidan los datos en la documentación que exhiba el verificador.
- V. Designar a dos testigos para que estén presentes durante el proceso de la verificación.
- VI. Formular observaciones y aclaraciones que considere convenientes.

- VII. Ver que dichas observaciones u aclaraciones queden asentadas en el acta de verificación.
- VIII. Conocer las medidas correctivas.
- IX. Exigir que se le entregue una copia de la orden de verificación, un ejemplar de la carta de derechos y obligaciones, así como una copia del acta que se levante.

c) ACTA DE VERIFICACIÓN

Es un documento en el cuál se hará constar las condiciones del establecimiento a verificar así como las deficiencias y anomalías sanitarias observadas.

El formato de dicho documento contiene un original y copia, en él se anotaran las condiciones sanitarias del establecimiento en cuanto:

- El servicio, el personal e infraestructura del establecimiento.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



El acta deberá redactarse en presencia del responsable sanitario y los dos testigos de su parte, además de estar numerada y foliada. A continuación se enumeraran los datos que deben de asentarse en la misma:

- I. Lugar, fecha y hora de su formulación
- II. Nombre y cargo del verificador que realiza la visita
- III. La descripción del documento de identificación del verificador
- IV. Número y fecha del oficio de comisión, así como el número de expediente de la orden de verificación.
- V. Nombre, denominación o razón social del visitado.
- VI. Dirección, teléfono y cualquier otra forma de comunicación del visitado.
- VII. Hacer constar que se entregó la carta de derechos y obligaciones del visitado.
- VIII. Hacer constar que el visitado designó a dos testigos para que estuvieran ahí durante la verificación.
- IX. Descripción de los hechos e irregularidades que sean detectadas por el verificador.
- X. Las manifestaciones que declare el visitado durante la diligencia.
- XI. La descripción de la documentación que exhiba el visitado, si es necesario se anexara una copia durante la orden de verificación.
- XII. Los incidentes que surjan durante la verificación. Por ejemplo: intento de soborno, o si hubo o no algún impedimento para realizar la visita.
Cuando esto ocurra se suspende la visita y se avisa a la COFEPRIS.
- XIII. El término con el que cuenta el responsable sanitario para manifestar lo que a su derecho le convenga.
- XIV. La hora, día, mes y año de conclusión de la visita de verificación
- XV. Nombre y firma de quienes intervinieron en la visita de verificación incluyendo a los dos testigos.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Concluido el proceso de verificación, el verificador entregará una copia del acta de verificación al responsable sanitario.

El acta de verificación será calificada por la Dirección Ejecutiva de Dictamen de la COFEPRIS. Dentro de los cinco días siguientes a la verificación, si el responsable sanitario no está conforme con la misma ya sea con los hechos, alguna irregularidad o con los datos asentados en la misma, podrá expresar por escrito ante la autoridad a quien corresponda lo que a su derecho le convenga.

Este documento deberá contener lo siguiente:

1. Nombre del responsable sanitario.
2. Domicilio para recibir notificaciones.
3. La visita de verificación de que se trate (la fecha en que se realizó, el número de expediente que corresponde a la orden de visita de verificación).
4. La descripción de los hechos e irregularidades relacionados con las visitas de verificación.
5. Las medidas de seguridad que se impugnan;(los argumentos y los pruebas que ofrezca), esto deberá ser probado con los documentos respectivos, en caso de que no los hubiera presentado durante la visita de verificación.

Transcurrido el plazo de los cinco días si el responsable sanitario no presenta un escrito de oposición, la autoridad tendrá por ciertos los hechos e irregularidades asentados en el acta, y en su caso impondrá las sanciones.

Por el contrario si el responsable sanitario ofrece pruebas, la autoridad en un plazo de tres días hábiles, fijará una fecha para la audiencia de pruebas y



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



alegatos, la que deberá celebrarse dentro de los cinco días hábiles siguientes. En dicha audiencia se desahogaran las pruebas admitidas.

En caso de que el responsable sanitario no tenga en su poder alguno documento por obrar en archivos públicos y lo ofrece como prueba, lo manifestará en su escrito, acompañado además el acuse de recibo de la solicitud respectiva de la copia certificada de dicho documento ante la autoridad respectiva. Solicitará además el diferimiento de la audiencia y la autoridad calificadora, requerirá dicho documento a la autoridad correspondiente. Este diferimiento será por un término de diez días hábiles.

En la audiencia el responsable sanitario formulará de manera verbal o por escrito los alegatos que considere convenientes. Al término de la misma se levantará acta suscrita por los que hayan intervenido en la audiencia correspondiente.

Dentro de los diez días hábiles siguientes, la autoridad que conozca del procedimiento emitirá resolución, en la cual impondrá sanciones y medidas de seguridad en caso de ser necesario, esto apegado totalmente a los reglamentos aplicables.

Si transcurridos esos 10 días, la autoridad no notifica la resolución correspondiente, se entenderá que en la visita de verificación no se encontraron irregularidades administrativas.

La autoridad únicamente podrá realizar visitas de verificación de carácter complementario para asegurarse que el responsable sanitario haya subsanado las irregularidades del consultorio.



CAPITULO VI

6.- REQUISITOS PARA LA ZONIFICACIÓN DE USO DE SUELO ANTE LA SECRETARIA DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA (SEDUVI)

El permiso de uso de suelo es el documento en el que se hacen constar las disposiciones normativas para un predio o inmueble determinado, establecen los instrumentos de planeación del desarrollo urbano respecto del uso del suelo.

Los datos asentados en el Certificado serán aquellos que los documentos presentados especifiquen.

La vigencia será indeterminada, contado a partir del día siguiente a su expedición, para ejercer el derecho conferido en el mismo no será necesario obtener un nuevo certificado a menos que se modifique el uso y superficie del inmueble.

El Certificado no constituye permiso, autorización o licencia, ÚNICAMENTE CERTIFICA EL APROVECHAMIENTO DEL USO DEL SUELO, sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos que señalen otras disposiciones normativas.

Deberá acudir a las instalaciones de SEDUVI que se encuentran ubicadas en Avenida Insurgentes Centro No. 149, Col. San Rafael, Del. Cuauhtémoc, México D.F. C.P. 06470, Tel. 5130 2100, se le proporcionará el formato AU-US/01, el cual deberá ser llenado a máquina o con letra molde y tinta, junto con los requisitos ahí mencionados. ^{19 (VER ANEXO 4)}

El tiempo de respuesta será de 5 días hábiles



6.1. SOLICITUD DE CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DE SUELO

Los siguientes documentos en original o copia certificada expedida por la autoridad competente y copia simple para cotejo. ²⁰ (VER ANEXO 7)

1. Formato de Solicitud.
2. Boleta Predial (expedida por la Tesorería del Distrito Federal vía correo) o “Declaración de valor catastral y pago del impuesto predial” (con el sello de la caja registradora o de la Institución Bancaria autorizada) no anterior a 12 meses, cuyos datos de domicilio y superficie del predio y construcción coincidan con los manifestados en la solicitud;

En el caso de predios ubicados en Suelo de Conservación, Ejidales o Comunales que no cuenten con boleta predial, deben presentarse documentos públicos que acrediten la posesión y/o regularización, así como ubicación y superficie del predio y/o inmueble de que se trate;

Para los inmuebles propiedad del Gobierno Local o Federal, debe presentarse constancia de exención de pago de impuesto predial vigente y documento oficial que ampare la ubicación y superficie del predio;

3. Comprobante del pago de los derechos correspondientes, expedido por la Tesorería del Distrito Federal y/o Institución Bancaria de conformidad con lo establecido en el art. 235 fracción III Código Fiscal vigente para el Distrito Federal. (\$ 891.50)



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



4. Identificación oficial vigente con fotografía (Credencial de Elector, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte o Cédula Profesional).
5. Cualquiera de los siguientes documentos, en original y copia para su cotejo:
 - Licencia de Fusión, Subdivisión o Rezonificación;
 - Escritura pública inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio o
 - Constancia de Alineamiento y Número oficial vigente.

En su caso:

- Identificación del Autorizado.
- Acta constitutiva debidamente inscrita en el Registro Público de la Propiedad y Comercio.
- Poder Notarial del representante legal.
- Forma migratoria FM2 especificando la autorización para ejercer la actividad de que se trate o credencial de inmigrado.^{19, 20}

Nota: Los interesados (acreditando el interés legítimo) podrán presentar su solicitud formato AU-01 debidamente llenada, firmada en original sin tachaduras ni enmendaduras ante las Ventanilla Única SEDUVI-SITE, especificando los siguientes datos:



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



- Nombre, denominación o razón social del solicitante y en su caso, del representante legal, para lo cual se anexarán los documentos que acrediten la personalidad;
- Domicilio y/o correo electrónico para oír y recibir notificaciones y número telefónico;
- Ubicación del predio o inmueble al que se refiere la solicitud (datos tomados de la Boleta Predial);
- Croquis de localización, especificando el nombre de las cuatro calles que delimitan la manzana donde se localiza el predio y/o inmueble de interés; las medidas del frente y fondo y las distancias de sus linderos a las esquinas más próximas.^{19, 20}



CAPITULO VII

7. REQUISITOS ANTE EL INSTITUTO FEDERAL DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS (IFAI)

7.1. AVISO DE PRIVACIDAD

Es un documento físico, electrónico o en cualquier otro formato (por ejemplo sonoro), a través del cual el **responsable** informa al **titular** sobre la existencia y características principales del **tratamiento** al que serán sometidos sus **datos personales**.

A través del aviso de privacidad se cumple el principio de información que establece la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la Ley) y su Reglamento.²¹

Todo responsable que trate datos personales, sin importar la actividad que realice o si se trata de una persona física o moral, requiere elaborar y poner a disposición su aviso de privacidad. Por ejemplo, un médico, abogado o contador independiente está obligado a tener aviso de privacidad. También una micro, pequeña, mediana o gran empresa.²¹

El Cirujano Dentista recopila información de su paciente a través de la Historia Clínica por lo que el Aviso de Privacidad tiene como propósito principal establecer y delimitar el alcance, términos y condiciones del tratamiento de los datos personales contraídos en el expediente clínico, a fin de que el paciente pueda tomar decisiones informadas con relación a sus datos personales.



Asimismo, el aviso de privacidad permite al responsable transparentar el tratamiento o uso que da a los datos personales que están en su posesión, así como los mecanismos que tiene habilitados para que los titulares ejerzan sus derechos con relación a su información personal, lo que, sin duda, fortalece el nivel de confianza del titular con relación a la protección de sus datos personales.²¹

7.2. INFORMACIÓN QUE DEBERÁ CONTENER EL AVISO DE PRIVACIDAD

- I. La identidad y domicilio del responsable que los recaba;
- II. Las finalidades del tratamiento de datos;
- III. Las opciones y medios que el responsable ofrezca a los titulares para limitar el uso o divulgación de los datos;
- IV. Los medios para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de conformidad con lo dispuesto en esta Ley;
- V. En su caso, las transferencias de datos que se efectúen, y
- VI. El procedimiento y medio por el cual el responsable comunicará a los titulares de cambios al aviso de privacidad, de conformidad con lo previsto en esta Ley.



7.3. PONER A DISPOSICIÓN EL AVISO DE PRIVACIDAD

El momento en que el responsable debe poner a disposición de los titulares el aviso de privacidad depende de la forma en que se obtengan los datos personales, es decir, si éstos se recaban **personal, directa** o **indirectamente** del titular.²¹

A partir de lo anterior, tenemos que el aviso de privacidad se pone a disposición en lo siguiente:

Previo a la obtención de los datos personales	Cuando los datos personales se obtienen de manera directa o personal de su titular. En ese sentido, el responsable debe poner a disposición del titular su aviso de privacidad antes de que este último le proporcione su información personal, a través del formato o medio respectivo.
-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿ESTÁ OBLIGADO EL RESPONSABLE A ENTREGAR UNA COPIA DEL AVISO DE PRIVACIDAD AL TITULAR?

La puesta a disposición del aviso de privacidad implica **hacer del conocimiento** del titular dicho documento. En ese sentido, el responsable no está obligado a entregar una copia del aviso de privacidad al titular, al menos que éste lo solicite a través del ejercicio de su derecho de acceso.



7.4. MEDIOS DONDE SE PUEDE DIFUNDIR EL AVISO DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL Y SIMPLIFICADO	AVISO DE PRIVACIDAD CORTO
Formato impreso	
Electrónico o digital, por ejemplo página de Internet.	
Óptico o visual, por ejemplo proyección en pantallas o difusión de carteles.	En espacios mínimos y limitados, por ejemplo el cupón de una rifa, un cajero automático o un mensaje SMS.
Sonoro, por ejemplo vía telefónica.	
Cualquier otra tecnología.	

7.5. CARACTERÍSTICAS QUE DEBERÁ CUMPLIR EL AVISO DE PRIVACIDAD EN SU DISEÑO Y PRESENTACIÓN

Para que el aviso de privacidad sea un mecanismo de información eficaz y práctico, debe caracterizarse por tener un diseño y estructura sencillos, que faciliten su entendimiento, con la información necesaria, expresada en español, y con un lenguaje claro y comprensible. Esto implica lo siguiente: No usar frases inexactas, ambiguas o vagas, como “entre otros”, “como por ejemplo” o “de manera enunciativa más no limitativa”.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



Redactar el aviso de privacidad en función del perfil de los titulares o público a quien va dirigido, por ejemplo, el lenguaje que se utilizaría en un aviso de privacidad dirigido a universitarios tendría que ser distinto a aquél que se emplearía en uno destinado a menores de edad.

No incluir textos o frases que induzcan al titular, de manera engañosa o fraudulenta, a seleccionar una opción en específico, por ejemplo, “Le recomendamos que nos autorice el uso de su información personal sin restricción alguna, para ser más eficientes en nuestro servicio”.

No incluir casillas u otros mecanismos similares que estén marcados previamente, que obliguen a los titulares a desmarcarlos para modificar la condición ahí establecida.

No remitir al titular a textos o documentos que no estén disponibles, por ejemplo, a hipervínculos deshabilitados o que no contengan la información señalada.²¹

a) ¿QUÉ OTRAS OBLIGACIONES TIENE EL RESPONSABLE CON EL AVISO DE PRIVACIDAD?

Toda comunicación de datos personales que el responsable realice con **encargados o terceros** a quienes transfiera datos personales, siempre debe ir acompañada del aviso de privacidad, con la finalidad de que conozcan las condiciones a las que el titular sujetó el tratamiento de su información.



REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL



b) ¿QUIÉN ESTÁ OBLIGADO A DEMOSTRAR EL CUMPLIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD?

Es importante tomar en cuenta que el responsable ante cualquier eventualidad, circunstancia, controversia con el titular o acto de autoridad del IFAI, está obligado a demostrar o comprobar que ha puesto a disposición de los titulares el aviso de privacidad de acuerdo con lo previsto en la Ley, su Reglamento y los Lineamientos, a través de los medios que estime pertinentes y que demuestren de manera objetiva el cumplimiento de esta obligación, como por ejemplo, manuales de procedimientos, grabaciones telefónicas, fotografías, fe de hechos o firmas de los titulares, entre otros.²¹

MODELO C. AVISO DE PRIVACIDAD CORTO

AVISO DE PRIVACIDAD
<p>[Nombre completo o razón o denominación social del responsable], con domicilio en [calle, número, colonia, delegación o municipio, ciudad, código postal y entidad federativa] utilizará sus datos personales recabados para [descripción de las finalidades]. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de [descripción del medio].</p>



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



EJEMPLO:

Aviso de Privacidad de Dental Service

- I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. (en lo sucesivo Dental Service), se encuentra ubicada en Matías Romero N° 280 Col. Letran Valle C.P 03650, México D.F. II.
- II. FINALIDADES. Los datos personales que recabamos o lleguemos a recabar directamente de ti, a través de otras fuentes permitida por la ley o los que se generen de la relación que lleguemos a establecer, los utilizamos en la medida que sean necesarios, para analizar los riesgos o circunstancias al celebrar convenios contigo; cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos; evaluar a calidad del servicio; así como promocionar productos o servicios dentales. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales como datos de identidad y contacto (ejemplo: nombre y domicilio), y datos sensibles (ejemplo: estado de salud).
- III. MEDIOS PARA EJERCER TUS DERECHOS. Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado.

AUTORIZACIÓN

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)

El solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como lo conozca o deba de conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falta de declaración de los hechos importantes que se le pregunten podría originar la pérdida de los derechos del paciente o de los beneficiarios en su caso. ¿Desea manifestar algún hecho importante?

Enterado de lo que acontece y para efecto de esta solicitud de tratamiento, declaro estar dispuesto, si fuera necesario presentar un examen medico si Dental Service lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a Dental Service, todos los informes que se refiere a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto, revelo a las personas de arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcione a Dental Service, los datos mencionados. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Dental Service, lo considere oportuno.

" Este documento sólo constituye una solicitud de tratamiento y, por lo tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Dental Service, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud".

"Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir la verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima del contrato de seguro que en su caso llegue a celebrar con motivo de la presenta solicitud, son de procedencia lícita"

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, y sensibles aquí proporcionados o los que Dental Service llegue s recabar, así como para la transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad previamente a dar mis datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADOS DE LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES QUE ESTABLECE LA SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DENTAL SEVICE, CONFIRMO HABER DECLARADO LOS DATOS EXACTOS PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE LA MISMA.

Lugar y Fecha en que se firma

Firma Dental Service

Firma del solicitante



CAPITULO VIII

8.- SEÑALIZACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA

8.1.- CLASIFICACIÓN

Las señales de protección civil se clasifican de acuerdo al tipo de mensaje que proporcionan, conforme a lo siguiente:

Señales informativas: Son aquellas que facilitan a la población, la identificación de condiciones seguras.




Señales informativas de emergencia: Son las que indican a la población la localización de equipos e instalaciones para su uso en una emergencia.




Señales informativas para emergencia o desastre: Son aquellas cuya implementación está a cargo de las autoridades competentes en el momento de una emergencia o desastre, que permiten a la población localizar instalaciones y servicios dispuestos para su apoyo.

Señales de precaución: Son las que advierten a la población sobre la existencia y naturaleza de un riesgo.

Señales prohibitivas o restrictivas: Son las que prohíben y limitan una acción susceptible de provocar un riesgo.¹¹

SEÑALES INFORMATIVAS		
SIGNIFICADO	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLO
Dirección de una ruta de evacuación en el sentido requerido	<p>Color: Seguridad: Fondo verde Contraste: Blanco</p> <p>Forma: Cuadrado o Rectángulo</p> <p>Símbolo: Flecha indicando el sentido y en su caso la ruta de evacuación.</p> <p>Aviso: RUTA DE EVACUACIÓN (Uso opcional)</p>	
Ubicación del Punto de reunión	<p>Color: Seguridad: Fondo verde Contraste: Blanco</p> <p>Forma: Cuadrado o Rectángulo</p> <p>Símbolo: Cuatro flechas equidistantes dirigidas hacia un punto y en su caso el número del punto de reunión</p> <p>Aviso: PUNTO DE REUNIÓN (Uso opcional)</p>	
Ubicación de una salida de emergencia	<p>Color: Seguridad: Fondo verde Contraste: Blanco</p> <p>Forma: Cuadrado o Rectángulo</p> <p>Símbolo: Silueta humana avanzando hacia una salida indicada con una flecha direccional</p> <p>Aviso: SALIDA DE MERGENCIA (Uso opcional)</p>	
Ubicación de una escalera de emergencia	<p>Color: Seguridad: Fondo verde Contraste: Blanco</p> <p>Forma: Cuadrado o Rectángulo</p> <p>Símbolo: Silueta humana avanzando hacia una escalera indicada con una flecha unidireccional.</p> <p>Aviso: ESCALERA DE EMERGENCIA (Uso opcional)</p>	

SEÑALES INFORMATIVAS DE EMERGENCIA		
SIGNIFICADO	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLO
Ubicación de un extintor	<p>Color: Seguridad: Fondo rojo Contraste: Blanco Forma: Cuadrado o rectángulo</p> <p>Símbolo: Siluetas de un extintor y de una flama contigua con una flecha direccional indicando la ubicación del equipo.</p> <p>Aviso: EXTINTOR (Uso opcional)</p>	
Ubicación de un Hidrante	<p>Color: Seguridad: Fondo rojo Contraste: Blanco</p> <p>Forma: Cuadrado o Rectángulo</p> <p>Símbolo: Silueta de un hidrante con una flecha direccional indicando la ubicación del equipo.</p> <p>Aviso: HIDRANTE (Uso opcional)</p>	
Ubicación de un dispositivo de activación de alarma	<p>Color: Seguridad: Fondo rojo Contraste: Blanco</p> <p>Forma: Cuadrado o Rectángulo</p> <p>Símbolo: Silueta de un timbre con efecto de ondas sonoras.</p> <p>Aviso: ALARMA (Uso opcional)</p>	

SEÑALES DE PRECAUCIÓN		
SIGNIFICADO	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLO
Precaución, riesgo biológico	<p>Color: Seguridad: Fondo amarillo Contraste: Negro</p> <p>Forma: Triángulo</p> <p>Símbolo: Silueta de tres medias lunas sobrepuestas a una circunferencia</p> <p>Aviso: RIESGO BIOLÓGICO (Uso opcional)</p>	
Precaución, piso resbaloso	<p>Color: Seguridad: Fondo amarillo Contraste: Negro</p> <p>Forma: Triángulo</p> <p>Símbolo: Silueta humana deslizándose</p> <p>Aviso: PISO RESBALOSO (Uso opcional)</p>	
Precaución, radiaciones ionizantes	<p>Color: Seguridad: Fondo amarillo Contraste: Negro o Magenta</p> <p>Forma: Triángulo</p> <p>Símbolo: Trébol esquematizado</p> <p>Aviso: RADIACIÓN IONIZANTE (Uso opcional)</p>	



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



ANEXO 1

DPA																						
HOJA DE AYUDA PARA EL PAGO EN VENTANILLA BANCARIA DERECHOS PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTOS																						
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN																					
APELLIDO PATERNO	-																					
APELLIDO MATERNO	-																					
NOMBRE(S)	-																					
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL																						
1 4	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA																					
CLAVE	DEPENDENCIA																					
MARQUE CON X																						
<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA PERÍODO																					
<input type="checkbox"/>	MENSUAL																					
<input type="checkbox"/>	BIMESTRAL																					
<input type="checkbox"/>	TRIMESTRAL																					
<input type="checkbox"/>	CUATRIMESTRAL																					
<input type="checkbox"/>	SEMESTRAL																					
<input type="checkbox"/>	DEL EJERCICIO																					
PERÍODO: _____	EJERCICIO: _____																					
<small>EJEMPLO TRIMESTRAL: 1 ENERO-MARZO</small>																						
<small>AAAA</small>																						
CLAVE DE REFERENCIA:	1 4 4 0 0 0 8 2 1																					
CADENA DE LA DEPENDENCIA	0 0 0 1 0 3 0 0 0 1 0 0 0 1																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">CONCEPTO</th> <th style="width: 10%;">DPA</th> <th style="width: 30%;">IVA ACTOS ACCIDENTALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARGOS ADICIONALES IMPORTE</td> <td>\$ 996</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>PARTE ACTUALIZADA</td> <td>\$ _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>RECARGOS</td> <td>\$ _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>MULTA POR CORRECCIÓN FISCAL</td> <td>\$ _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>CANTIDAD A PAGAR</td> <td>\$ 996</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td align="right">TOTAL A PAGAR</td> <td>\$</td> <td>996</td> </tr> </tbody> </table>	CONCEPTO	DPA	IVA ACTOS ACCIDENTALES	CARGOS ADICIONALES IMPORTE	\$ 996	\$ _____	PARTE ACTUALIZADA	\$ _____	\$ _____	RECARGOS	\$ _____	\$ _____	MULTA POR CORRECCIÓN FISCAL	\$ _____	\$ _____	CANTIDAD A PAGAR	\$ 996	\$ _____	TOTAL A PAGAR	\$	996
CONCEPTO	DPA	IVA ACTOS ACCIDENTALES																				
CARGOS ADICIONALES IMPORTE	\$ 996	\$ _____																				
PARTE ACTUALIZADA	\$ _____	\$ _____																				
RECARGOS	\$ _____	\$ _____																				
MULTA POR CORRECCIÓN FISCAL	\$ _____	\$ _____																				
CANTIDAD A PAGAR	\$ 996	\$ _____																				
TOTAL A PAGAR	\$	996																				
ESTA HOJA NO ES UN COMPROBANTE OFICIAL DE PAGO, POR LO CUAL NO SERÁ SELLADA POR EL CAJERO																						

FORMA DE PAGO PARA EL REGISTRO DEL TÍTULO PROFESIONAL O GRADO,
Y EXPEDICIÓN DE CÉDULA PROFESIONAL POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE
PROFESIONES DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



DPA

**HOJA DE AYUDA PARA EL PAGO EN VENTANILLA BANCARIA
DERECHOS PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTOS**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

APellido PATERNO -

APellido MATERNO -

NOMBRE(S) -

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

CLAVE DEPENDENCIA

MARQUE CON X

NO APLICA PERÍODO

MENSUAL BIMESTRAL TRIMESTRAL CUATRIMESTRAL SEMESTRAL DEL EJERCICIO

PERÍODO: EJERCICIO: _____

EJEMPLO TRIMESTRAL: 1 ENERO-MARZO AAAA

CLAVE DE REFERENCIA: **1 4 4 0 0 1 1 5 7**

CADENA DE LA DEPENDENCIA: **0 0 0 1 5 0 1 0 0 0 0 0 0 2**

	DPA	IVA ACTOS ACCIDENTALES
CONCEPTO		
IMPORTE	\$ 18	\$
PARTE ACTUALIZADA	\$	\$
RECARGOS	\$	\$
MULTA POR CORRECCIÓN FISCAL	\$	\$
CANTIDAD A PAGAR	\$ 18	\$
TOTAL A PAGAR	\$	18

ESTA HOJA NO ES UN COMPROBANTE OFICIAL DE PAGO, POR LO CUAL NO SERA SELLADA POR EL CAJERO

FORMA DE PAGO PARA EL REGISTRO DEL TÍTULO PROFESIONAL O GRADO,
Y EXPEDICIÓN DE CÉDULA PROFESIONAL POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE
PROFESIONES DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



ANEXO 2

Formato DGP / DA-10-REV-02



Subsecretaría de Educación Superior
Dirección General de Profesiones

SELLO DE INGRESO DE SOLICITUD

Solicitud de autorización provisional para ejercer como pasante
Homoclaves: SEP-01-022-A
SEP-01-022-B **DATOS PERSONALES**

Apellido paterno _____
Apellido materno _____
Nombre (s) _____
Lugar de nacimiento _____
Domicilio particular: _____
Colonia _____ Delegación o Municipio _____ C. P. _____
Entidad Federativa _____ Teléfono (s) _____
Si cuenta con Correo Electrónico _____ Si cuenta con Fax _____

Fecha de nacimiento:

año		mes		día			

Sexo: Femenino Masculino
Núm. _____ Núm. _____
 Ext Int
C. P.

--	--	--	--	--	--	--	--

Atentamente solicito Autorización Provisional para ejercer como Pasante la:
Profesión de _____
Egresado de la Institución Educativa _____
Firma del Interesado _____

RESPONSIVA
México, D. F., a _____ de _____ de _____.

Dirección General de Profesiones
PRESENTE

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____
Con domicilio _____
Calle _____ Núm. Externo e Interno _____ Colonia _____
Ciudad _____ Entidad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Ante usted respetuosamente y bajo protesta de decir verdad, comparezco y expongo:
Como lo acredito con la fotocopia de mi cédula profesional número _____ que acompañó al presente escrito, ejerzo la profesión de _____ desde el año de _____.

Es mi voluntad constituirme en vigilante y responsable del ejercicio profesional de _____, en el caso de que esa Dirección General acuerde favorablemente su solicitud, para ejercer como pasante de la carrera de _____.

Asimismo, manifiesto que, en tanto surta efectos la autorización solicitada; la vigilancia a que me refiero, será auténtica, constante y continua.

FIRMA DEL RESPONSABLE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

REGISTRO en el Libro Número - _____ de Autorizaciones provisionales de pasantes			
A Fojas	Bajo el número	Núm. de Autorización	Fecha
	DICTAMINADOR	Vo.Bo. JEFE DEPTO. DE AUTORIZACIONES	INST. EDUCATIVAS
APROBADO POR:			

ACUSE DE LA DOCUMENTACIÓN RECIBIDA PARA EL TRÁMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PROVISIONAL
PARA EJERCER COMO **PASANTE**

Nombre _____ Sello de fecha de recepción _____

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EJERCER COMO PASANTE



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



HOJA DE AYUDA PARA EL PAGO EN VENTANILLA BANCARIA		DPA																					
DERECHOS PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTOS																							
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES		CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN																					
APELLIDO PATERNO																							
APELLIDO MATERNO																							
NOMBRE(S)																							
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL																							
1 4	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA																						
CLAVE	DEPENDENCIA																						
MARQUE CON X																							
<input checked="" type="checkbox"/> NO APLICA PERIODO																							
<input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> BIMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> CUATRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> DEL EJERCICIO																							
PERIODO: _____		EJERCICIO: _____																					
EJEMPLO TRIMESTRAL: 1 ENERO-MARZO		AAAA																					
CLAVE DE REFERENCIA	1 4 4 0 0 0 8 2 1																						
CADENA DE LA DEPENDENCIA	0 0 0 1 0 2 2 0 0 0 0 0 0 1																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">CONCEPTO</th> <th style="width: 20%;">DPA</th> <th style="width: 30%;">IVA ACTOS ACCIDENTALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IMPORTE</td> <td style="text-align: center;">\$ 284</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>PARTE ACTUALIZADA</td> <td>\$ _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>RECARGOS</td> <td>\$ _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>MULTA POR CORRECCIÓN FISCAL</td> <td>\$ _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>CANTIDAD A PAGAR</td> <td style="text-align: center;">\$ 284</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">TOTAL A PAGAR</td> <td style="text-align: center;">\$ 284</td> </tr> </tbody> </table>			CONCEPTO	DPA	IVA ACTOS ACCIDENTALES	IMPORTE	\$ 284	\$ _____	PARTE ACTUALIZADA	\$ _____	\$ _____	RECARGOS	\$ _____	\$ _____	MULTA POR CORRECCIÓN FISCAL	\$ _____	\$ _____	CANTIDAD A PAGAR	\$ 284	\$ _____	TOTAL A PAGAR		\$ 284
CONCEPTO	DPA	IVA ACTOS ACCIDENTALES																					
IMPORTE	\$ 284	\$ _____																					
PARTE ACTUALIZADA	\$ _____	\$ _____																					
RECARGOS	\$ _____	\$ _____																					
MULTA POR CORRECCIÓN FISCAL	\$ _____	\$ _____																					
CANTIDAD A PAGAR	\$ 284	\$ _____																					
TOTAL A PAGAR		\$ 284																					
ESTA HOJA NO ES UN COMPROBANTE OFICIAL DE PAGO, POR LO CUAL NO SERÁ SELLADA POR EL CAJERO																							
FORMA DE PAGO PARA EJERCER COMO PASANTE																							



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



ANEXO 3

APÉNDICE NORMATIVO "B"

2. EQUIPAMIENTO PARA EL CONSULTORIO DE ESTOMATOLÓGIA

2.1. Mobiliario

- 2.1.1. Asiento para odontólogo;
- 2.1.2. Asiento para pacientes y acompañantes;
- 2.1.3. Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y bolsa de plástico color rojo para residuos peligrosos biológico infeccioso, así como contenedor rígido para residuos peligrosos punzo-cortantes, conforme lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, referida en el numeral 3.1. de esta norma;
- 2.1.4. Guarda de materiales, instrumental o equipo;
- 2.1.5. Mesa con tarja;
- 2.1.6. Mueble para escribir;
- 2.1.7. Mueble con cajonera;
- 2.1.8. Sistema para guarda de expedientes clínicos.

2.2. Equipo

- 2.2.1. Autoclave, olla de presión o esterilizador eléctrico de operación manual;
- 2.2.2. Compresora de aire para unidad dental, con arranque y paro automático de purga de condensados y filtros de aire;
- 2.2.3. Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable;
- 2.2.4. Unidad dental con charola porta-instrumentos, lámpara y sistema flush abastecedor de agua para la pieza de mano y la jeringa triple.

2.3. Instrumental

- 2.3.1. Alveolotomo, pinza gubia;
- 2.3.2. Amalgamador de uso dental o mortero pistilo con capacidad para 125 ml;
- 2.3.3. Arco de Young para dique de hule;
- 2.3.4. Contrángulo;
- 2.3.5. Cucharilla para cirugía;
- 2.3.6. Cureta Mc Call, derecha e izquierda, juego (Cureta C K6);
- 2.3.7. Dosificador amalgamador;
- 2.3.8. Elevador recto acanalado, con mango metálico, 2 mm;
- 2.3.9. Elevador de bandera, izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña;
- 2.3.10. Elevador con mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y corto;
- 2.3.11. Espátula de doble extremo;
- 2.3.12. Espátula Estiques, doble punta de trabajo;
- 2.3.13. Espátula para preparar alginato o yeso;
- 2.3.14. Espejo dental con mango de rosca estándar, sin aumento No. 5;
- 2.3.15. Excavador White No. 17, mínimo 10 piezas;
- 2.3.16. Explorador de una pieza con doble extremo No. 5, mínimo 10 piezas;
- Lunes 16 de agosto de 2010 DIARIO OFICIAL (Segunda Sección) 9
- 2.3.17. Fórceps, diferentes medidas y adecuados al operador;
- 2.3.18. Grapas variadas para dique de hule;
- 2.3.19. Jeringa Carpulle, con adaptador para aguja desechable, con entrada universal o estándar, hendidura para introducir cartucho de anestésico de 1.8 ml y con dos aletas en el cuerpo para apoyar los dedos índice y medio, mínimo 10 piezas;
- 2.3.20. Juego de cucharillas para impresión total para pacientes dentados y desdentados;
- 2.3.21. Juego de cucharillas para impresión parcial, taza de hule;
- 2.3.22. Lima para hueso doble extremo con punta de trabajo rectangular y oval;
- 2.3.23. Mortero provisto de mano con capacidad para 125 ml;
- 2.3.24. Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador;
- 2.3.25. Pieza de mano de alta velocidad esterilizable;
- 2.3.26. Pieza de mano de baja velocidad esterilizable;
- 2.3.27. Pinzas portagrapas;
- 2.3.28. Pinza perforadora Ainsworth;
- 2.3.29. Pinza para curaciones modelo Collage No. 18;
- 2.3.30. Pinza de traslado con frasco refractario;
- 2.3.31. Portaamalgama Rower con puntas desmontables, doble extremo;
- 2.3.32. Portavasos para escupidera;
- 2.3.33. Recortador de amalgama;
- 2.3.34. Tijera para encías, curvas, con hojas cortas, modelo Quimby;
- 2.3.35. Tira puente Miller;
- 2.3.36. Torundero con tapa.



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



ANEXO 4

Apéndice Normativo "H"

8. MATERIAL DE CURACION Y MEDICAMENTOS PARA EL BOTIQUIN DE URGENCIAS

8.1. Material de curación

- 8.1.1. Apósitos;
- 8.1.2. Algodón;
- 8.1.3. Campos estériles;
- 8.1.4. Gasas;
- 8.1.5. Guantes quirúrgicos estériles;
- 8.1.6. Jeringas desechables con aguja diversas medidas;
- 8.1.7. Material de sutura;
- 8.1.8. Soluciones antisépticas;
- 8.1.9. Tela adhesiva;
- 8.1.10. Tiras reactivas para la determinación de glucosa en sangre;
- 8.1.11. Vendas elásticas diversas medidas;
- 8.1.12. Vendas de yeso.

8.2. Medicamentos

- 8.2.1. Analgesia
 - 8.2.1.1. Acido acetilsalicílico, tabletas 100 y 500 mg;
 - 8.2.1.2. Ketorolaco, solución inyectable 30 mg;
 - 8.2.1.3. Metamizol, solución inyectable 500 mg;
 - 8.2.1.4. Paracetamol, tabletas 500 mg.
- 8.2.2. Anestesia
 - 8.2.2.1. Lidocaína
- 8.2.3. Cardiología
 - 8.2.3.1. Nifedipino, cápsulas 10 mg;
 - 8.2.3.2. Trinitrato de glicerilo, solución inyectable 50 mg/10 ml;
 - 8.2.3.3. Trinitrato de glicerilo, cápsulas o tabletas masticables 6.8 mg.
- 8.2.4. Enfermedades inmunoalérgicas
 - 8.2.4.1. Difenhidramina, solución oral;
 - 8.2.4.2. Epinefrina, solución inyectable 1 mg 1:1000/ml;
 - 8.2.4.3. Acetato de metilprednisolona, solución inyectable 40 mg.
- 8.2.5. Gastroenterología
 - 8.2.5.1. Butilhioscina, solución inyectable 20 mg.
- 8.2.6. Gineco Obstetricia
 - 8.2.6.1. Ergonovina, solución inyectable 0.2 mg;
 - 8.2.6.2. Oxitocina, solución inyectable 5 U.I.
- 8.2.7. Intoxicaciones
 - 8.2.7.1. Flumazenil, solución inyectable 0.5 mg;
 - 8.2.7.2. Naloxona, solución inyectable 0.4 mg.
- 8.2.8. Nefrología y urología
 - 8.2.8.1. Furosemida, solución inyectable 20 mg.
- 8.2.9. Neumología
 - 8.2.9.1. Salbutamol, spray.
- 8.2.10. Neurología
 - 8.2.10.1. Diazepam, solución inyectable 10 mg.
- 8.2.11. Otorrinolaringología
 - 8.2.11.1. Difenidol, solución inyectable 40 mg;
 - 8.2.11.2. Dimenhidrinato, solución inyectable 50 mg.
- 8.2.12. Psiquiatría
 - 8.2.12.1. Haloperídol, solución inyectable 50 mg.
 - 8.2.12.2. Soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma
 - 8.2.12.3. Agua bidestilada, solución inyectable 2 ml;
 - 8.2.12.4. Cloruro de sodio, solución al 0.9%;
 - 8.2.12.5. Glucosa, solución al 5%, 10% y 50%;
 - 8.2.12.6. Polimerizado de gelatina, 4 g/100 ml;
 - 8.2.12.7. Solución de Hartmann.



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



ANEXO 5

Apéndice AK (Normativo)

Consultorios de especialidades de estomatología

AK.1 Consultorio de Endodoncia

AK.1.1 Equipo e instrumental

- AK.1.1.1 atacadores;
- AK.1.1.2 espaciador para conductos D11;
- AK.1.1.3 explorador endodóntico DG-16;
- AK.1.1.4 lámpara de fotocurado
- AK.1.1.5 limas diferentes tipos y medidas;
- AK.1.1.6 pinzas de corte distal;
- AK.1.1.7 recortador de Gutapercha;
- AK.1.1.8 regla de anillo metálica para conductometría.

AK.2 Consultorio de Parodoncia

AK.2.1 Equipo e Instrumental

- AK.2.1.1 sonda periodontal Goldman Fox;
- AK.2.1.2 mango de bisturí;
- AK.2.1.3 excavador E2.

AK.3 Consultorio de Ortodoncia

AK.3.1 Equipo e Instrumental

- AK.3.1.1 arcos nitinol;
- AK.3.1.2 empujador de bandas metálicas;
- AK.3.1.3 estrella posicionadora de bandas;
- AK.3.1.4 lápiz ligador;
- AK.3.1.5 lima para bandas;
- AK.3.1.6 luks MA 57;
- AK.3.1.7 luks para sellar 1, 2 y 3;
- AK.3.1.8 pinza "how" curva;
- AK.3.1.9 pinza "how" recta;
- AK.3.1.10 pinza de la rosa;
- AK.3.1.11 pinza para abombar;
- AK.3.1.12 pinza para hacer banda derecha;
- AK.3.1.13 pinza para hacer banda izquierda;
- AK.3.1.14 pinza pico de pájaro corta;
- AK.3.1.15 pinza pico de pájaro larga;
- AK.3.1.16 pinza tres picos;
- AK.3.1.17 pinzas de corte alambre ligero;
- AK.3.1.18 pinzas de corte alambre pesado;
- AK.3.1.19 pinzas de mosco;
- AK.3.1.20 pucher;
- AK.3.1.21 soplete dental para soldar.

AK.4 Consultorio de Odontopediatría

AK.4.1 Equipo e Instrumental

- AK.4.1.1 abrebocas;
- AK.4.1.2 pinza para abombar coronas.

AK.5 Consultorio de Cirugía maxilofacial

AK.5.1 Equipo e Instrumental

- AK.5.1.1 lápiz ligador;
- AK.5.1.2 porta agujas;
- AK.5.1.3 mango para bisturí;
- AK.5.1.4 retractor gingival.

AK.6 Consultorio de Ortopedia maxilofacial

AK.6.1 Equipo e Instrumental

- AK.6.1.1 arcos nitinol;
- AK.6.1.2 lápiz ligador;
- AK.6.1.3 pinza para hacer banda derecha;
- AK.6.1.4 pinza para hacer banda izquierda.

AK.7 Oclusión

AK.7.1 Equipo e Instrumental

- AK.7.1.1 dontrix (medidor de fuerzas);
- AK.7.1.2 mordedor.

AK.8 Consultorio de Implantología dental

AK.8.1 Equipo e Instrumental

- AK.8.1.1 equipo de Rayos X;
- AK.8.1.2 negatoscopio adecuado al consultorio;
- AK.8.1.3 sistema de revelado.



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



ANEXO 6



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios



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

NO. RUPA

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 COMPUTADORA

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO	<input type="checkbox"/>
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALDOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DROGUERÍA		SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS <input type="radio"/> FABRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> FABRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEDOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS QUÍMICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL		<input type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL			
ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS			
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.)		DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.	

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)			R.F.C.
			C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO C/LETRA INTERIOR	COLORIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.
			C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
CALLE, NUMERO EXTERIOR Y NUMERO C/LETRA INTERIOR	COLORIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO	FAX
HORARIO:	D	L	M
	M	J	V
	S	DE	A
	D	L	M
	M	J	V
	S	DE	A
FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	DÍA	MES	AÑO
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO
PERSONA AUTORIZADA	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

FORMATO PARA AUTORIZACIÓN DE AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLE SANITARIO



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



4 DATOS DE LA AMBULANCIA: (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CIUDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO: EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS																					
ALTA <input checked="" type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>																				
NOMBRE COMPLETO	R.F.C.																				
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO																				
HORARIO: <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></td><td>A</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></td><td>A</td> </tr> </table>		D	L	M	M	J	V	S	DE		A	D	L	M	M	J	V	S	DE		A
D	L	M	M	J	V	S	DE		A												
D	L	M	M	J	V	S	DE		A												
CON TÍTULO PROFESIONAL DE	TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR																				
ESPECIALIDAD DE	TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR																				
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO																					
EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR																					
R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR																					

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR: APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSGUNOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL																															
1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO	<p>NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.</p> <table border="1"> <tr> <td>PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/></td> <td>PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/></td> </tr> </table>	PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>	PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>																												
PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> A MODIFICAR <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>	PRODUCTO O SERVICIO NUEVO <input type="radio"/> YA MODIFICADO <input type="radio"/> BAJA <input type="radio"/>																														
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	<table border="1"> <tr> <td>CATEGORÍA</td> <td>CATEGORÍA</td> </tr> <tr> <td>GRUPO</td> <td>GRUPO</td> </tr> <tr> <td>SUBGRUPO</td> <td>SUBGRUPO</td> </tr> </table>	CATEGORÍA	CATEGORÍA	GRUPO	GRUPO	SUBGRUPO	SUBGRUPO																								
CATEGORÍA	CATEGORÍA																														
GRUPO	GRUPO																														
SUBGRUPO	SUBGRUPO																														
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO																															
4) MARCA COMERCIAL																															
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	<table border="1"> <tr> <td>R.F.C.</td> <td>R.F.C.</td> </tr> <tr> <td>RAZÓN SOCIAL</td> <td>RAZÓN SOCIAL</td> </tr> </table>	R.F.C.	R.F.C.	RAZÓN SOCIAL	RAZÓN SOCIAL																										
R.F.C.	R.F.C.																														
RAZÓN SOCIAL	RAZÓN SOCIAL																														
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	<table border="1"> <tr> <td>R.F.C.</td> <td>R.F.C.</td> </tr> <tr> <td>RAZÓN SOCIAL</td> <td>RAZÓN SOCIAL</td> </tr> </table>	R.F.C.	R.F.C.	RAZÓN SOCIAL	RAZÓN SOCIAL																										
R.F.C.	R.F.C.																														
RAZÓN SOCIAL	RAZÓN SOCIAL																														
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	<table border="1"> <tr> <td>NACIONAL <input type="checkbox"/></td> <td>IMPORTADO <input type="checkbox"/></td> <td>NACIONAL <input type="checkbox"/></td> <td>IMPORTADO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>																										
NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/>	IMPORTADO <input type="checkbox"/>																												
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td> <td>1</td><td>4</td><td>7</td><td>10</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td> <td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>11</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td> <td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td> </tr> </table>	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15
1	4	7	10	13	1	4	7	10	13																						
2	5	8	11	14	2	5	8	11	14																						
3	6	9	12	15	3	6	9	12	15																						

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

FORMATO PARA AUTORIZACIÓN DE AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLE SANITARIO



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



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

7 PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO. SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS											
TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR									
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>											
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>											
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>											
R.F.C. <input type="checkbox"/>											
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>											
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>											
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>											
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>											
HORARIO <input type="checkbox"/>											
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>											
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGURESE DE 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 FALSEDADE DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS? SI NO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA 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 EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 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.

FORMATO PARA AUTORIZACIÓN DE AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLE SANITARIO



REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL



TABLA "B" CATEGORIA DEL PRODUCTOS

CATEGORIA	PROCESO	GRUPO	SUBGRUPO
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acortamiento/entlo 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 Congelada	Alimentos	Carricos Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Pastos y obradores Productos de la pesca frescos y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harinas y cereales Ahiños y productos de conditona Té y productos para infusión Condimentos Suplementos Alimenticios Alimentos preparados (pastales, enlatadas, salsas) Fideos y derivados
		Bebidas no alcohólicas	Agua purificado Jugos y Néctares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas aeritantes (con taurina, caféina, glucosolactona, etc.)
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas
		Productos Cosméticos	Lociones, perfumes y desodorantes Tintes Productos para los ojos Productos para los labios Cremas, lociones y productos para la cara Champoo y productos para el cuidado del cabello Jabones de tocador y toallas faciales de tocador Desodorantes (spray, talco y pasta) Blanqueadores o agentes oxidantes Avismetantes Desinfectantes a base de amoníaco
		Productos de Aseo y Limpieza	Lacteos y cárnicos Fácidas, harinas y derivados Aceites y grasas Contenedores Industriales Restaurantes, taquerías, etc. Servicio de banquetes Bares, cafeterías, discotecas, etc. Cafeterías
		Materia Primas	Lacteos y cárnicos Fácidas, harinas y derivados Aceites y grasas Contenedores Industriales Restaurantes, taquerías, etc. Servicio de banquetes Bares, cafeterías, discotecas, etc. Cafeterías
		Expendio y suministro de alimentos	Lacteos y cárnicos Fácidas, harinas y derivados Aceites y grasas Contenedores Industriales Restaurantes, taquerías, etc. Servicio de banquetes Bares, cafeterías, discotecas, etc. Cafeterías
		Aditivos	Quelatantes o espesante Edulcorantes Colorantes Sabonizantes Antioxidantes Conservadores Tintes
Servicios	Servicio de tatuajes, microdermoabrasiones y perforaciones	Tatuajes	Microdermoabrasiones Perforaciones
Insumos para la Salud	Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución	Medicamentos	Medicamentos Alcohólicos (además indicar la fracción del medicamento según tipo de suministro o venta al público) Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbales Medicamentos vitamínicos
	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público	Dispositivos Médicos	Equipo médico Prótesis, ortesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Insumos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de curación Productos Higiénicos
		Remedios Herbales	
Salud Ambiental	Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público	Plegicidas	Origen químico Botánicos Microbianos Misceláneos
		Sustancias Tóxicas Precursor Químico y/o Producto Químico Esencial	Nombre de la sustancia tóxica Nombre del Precursor Químico y/o Producto Químico Esencial
		Nutrientes Vegetales	Orgánicos Inorgánicos
		Productos con límite de metales pesados	Cerámica vitrificada Juguetes Artículos escolares Otros

FORMATO PARA AUTORIZACIÓN DE AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLE SANITARIO



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



ANEXO 7



Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda
Dirección General de Administración Urbana
Dirección del Registro de los Planes y Programas

AU-01

SOLICITUD DE CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DEL SUELO

Esta solicitud se formula bajo protesta de decir verdad, que el interesado cumple con los requisitos y condiciones que al particular formular. De igual forma, se garantiza la veracidad de los datos correspondientes en perjuicio de las penas en que incurrirá en caso de no ajustarse a los ordenamientos legales aplicables vigentes. La actuación administrativa de la autoridad y la de los interesados se regirán al artículo 22 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, referida al Principio de Buena Fe, y la de las promesas en el Artículo 133 del Nuevo Código Federal que el Distrito Federal refrendó al Práctico Procesal ante la Autoridad Administrativa.

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales "CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DEL SUELO, CERTIFICADO DE DERECHOS ADQUIRIDOS Y COPIAS CERTIFICADAS", el cual tiene su fundamento en la Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal (ODDF) el 15 de julio de 2010, Artículo 27, Ley de Procedimientos Administrativos del Distrito Federal (ODPF) 07 de abril 2013, Artículo 28, Ley de Finalidad de: "El certificado único de zonificación de uso del suelo es el documento público en el que se hace constar las disposiciones normativas que para un predio o inmueble determinado, establecen los instrumentos de planeación del desarrollo urbano respecto del uso del suelo, además de otras disposiciones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal. Los datos recabados con un carácter (1) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite. Solicitor de Certificado Único de Zonificación de Uso de Suelo Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de datos personales es Ing. Alejandro Escobar Aguilar, Director General de Administración Urbana, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en la Oficina de Información Pública de esta Secretaría ubicada en Avenida de los Trabajadores, Centro No. 145, Piso 4, Col. San Rafael, Del. Cuauhtémoc, CP 06770, México D.F. El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono: 5628-6235, correo electrónico: datos.personales@infoconf.org.mx o www.infoconf.org.mx"

UBICACIÓN DEL PREDIO O INMUEBLE				
Calle	Nº Exterior	Nº Interior / Local	Manzana	Lote
Colonia	Delegación	Código Postal	Cuenta Predial	

DATOS DEL PREDIO O INMUEBLE	MOTIVO DE LA SOLICITUD			
	A*		B*	
Sup. Total del Predio m ²	Aviso de Establecimiento Mercantil	Obra Nueva	Regularización	
Sup. Total Construida m ²	Permiso de Establecimiento Mercantil	Ampliación	Reparación	
Sup. Total a Demoler m ²	Escrituración	Modificación	N.G.O. Nº 26	
	Otros A* o B* - Polígonos de Actuación, Modificaciones, Sistemas de Transferencia, N.G. O. Nº 26, etc. Anexar copia del Resolutivo correspondiente.			

A* USO (S) DE SUELO (S) SOLICITADO (S).	Superficie	m ²

B* DATOS DEL PROYECTO	Uso Solicitado	Obra Nueva (m ²)	Ampliación (m ²)	Modificación (m ²)	Regularización (m ²)	Reparación (m ²)

Número de viviendas Solicitadas _____ Superficie por Vivienda solicitada con indivisos _____ m²
Superficie Total a Construir _____ m²

<p align="center">CROQUIS DE LOCALIZACIÓN</p> <p align="center">NORTE</p> <p align="center">↑</p> <p>Dibujar a tinta y regla, especificando el nombre de las cuatro calles que delimitan la manzana donde se localiza el predio o inmueble de interés; las medidas del frente y fondo y las distancias de sus linderos a las esquinas más próximas.</p>	<p align="center">DICTAMEN</p> <p>Programa</p> <p>Zonificación</p> <p>Dictaminó</p>
	USO EXCLUSIVO DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL



FORMATO PARA LA ZONIFICACIÓN DE USO DE SUELO



**REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL**



AU-01

REQUISITOS

Los siguientes documentos en original o copia certificada expedida por autoridad competente y copia simple para cotejo.

- Formato de Solicitud.
- Boleta Predial (expedida por la Tesorería del Distrito Federal vía correo) o "Declaración de valor catastral y pago del impuesto predial" (con el sello de la caja registradora o de la Institución Bancaria autorizada) no anterior a 12 meses, cuyos datos de domicilio y superficie del predio y construcción coincidan con los manifestados en la solicitud.
En el caso de predios ubicados en Suelo de Conservación, Ejidales o Comunales que no cuenten con boleta predial, deben presentarse documentos públicos que acrediten la posesión y/o regularización, así como ubicación y superficie del predio y/o inmueble de que se trate.
Para los inmuebles propiedad del Gobierno Local o Federal, debe presentarse constancia de exención de pago de impuesto predial vigente y documento oficial que ampare la ubicación y superficie del predio.
- Comprobante del pago de los derechos correspondientes, expedido por la Tesorería del Distrito Federal y/o Institución Bancaria de conformidad con lo establecido en el art. 235 fracción III Código Fiscal vigente para el Distrito Federal.
- Identificación oficial vigente con fotografía (Credencial de Elector, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte o Cédula Profesional).*
- Cualquiera de los siguientes documentos, en original y copia para su cotejo:
 - Licencia de Fusión, Subdivisión o Relotificación;
 - Escritura pública inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio, o
 - Constancia de Alineamiento y Número oficial vigente.
 En su caso:
 - Identificación del Autorizado.
 - Acta constitutiva debidamente inscrita en el Registro Público de la Propiedad y Comercio.
 - Poder Notarial del representante legal.
 - Forma migratoria FM2 especificando la autorización para ejercer la actividad de que se trate o credencial de inmigrado.

Nota: Los interesados (acreditando el interés legítimo) podrán presentar su solicitud formato AU-01 debidamente llenada, firmada en original sin tachaduras ni enmendaduras ante las Ventanilla Única SEDUVI-SITE, especificando los siguientes datos:

- Nombre, denominación o razón social del solicitante y en su caso, del representante legal, para lo cual se anexarán los documentos que acrediten la personalidad;
- Domicilio y/o correo electrónico para oír y recibir notificaciones y número telefónico;
- Ubicación del predio o inmueble al que se refiere la solicitud (datos tomados de la Boleta Predial);
- Croquis de localización, especificando el nombre de las cuatro calles que delimitan la manzana donde se localiza el predio y/o inmueble de interés; las medidas del frente y fondo y las distancias de sus linderos a las esquinas más próximas.

Fundamento jurídico

Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal artículos 3 fracción XXVIII, 4 fracciones III y IV, 9 fracción IV, 87 fracción II y 92.
Reglamento de la Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal artículos 3, 4 fracción XXVI, 18, 19 fracción III, 23, 24, 125, 126 fracciones I y III.
Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal artículos 31, 32, 33, 40, 41, 42 y 44.
Código Fiscal del Distrito Federal

*Los datos asentados en el Certificado que se expida, serán aquellos que los documentos presentados especifiquen.
La vigencia es de un año, contado a partir del día siguiente a su expedición, para ejercer el derecho conferido en el mismo y no será necesario obtener un nuevo certificado a menos que se modifique el uso y superficie del inmueble.
El Certificado no constituye permiso, autorización o licencia, únicamente certifica el aprovechamiento del uso del suelo, sin perjuicio del cumplimiento de cualesquier otros requisitos que señalen otras disposiciones normativas.

DATOS DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre			
Persona Moral			
Acta constitutiva	Notaria No.	Poder notarial No.	Notaria No.
Domicilio y correo electrónico para oír y recibir notificaciones			
		Teléfono	
Autorizado para oír y recibir notificaciones		Firma	
<p align="center">SELLO DE RECEPCIÓN</p> <p align="center">USO EXCLUSIVO DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL</p>			
<p><small>- La presente solicitud deberá llenarse a máquina o con letra de molde y a tinta, en original, dictaminándose como no presentada si la información proporcionada es incompleta o errónea y acompañarse de los requisitos y documentos que señalen los ordenamientos aplicables vigentes.</small></p> <p><small>- La vigencia del Certificado Único de Zonificación de Uso del Suelo es de un año y en él se hacen constar, para un predio o inmueble determinado, los aprovechamientos, limitaciones y restricciones que establecen los Programas de Desarrollo Urbano vigentes en materia de uso del suelo, Normas Generales de Ordenación y Normas Particulares, o que se le haya autorizado una modificación, cambio de uso de suelo, delimitación de zona, aplicación del sistema de transferencia de potencialidad, constitución del polígono de actuación y las derivadas de sentencia firme.</small></p>			

FORMATO PARA LA ZONIFICACIÓN DE USO DE SUELO



CONCLUSIÓN

El objetivo de este trabajo de investigación consistió en actualizar y reforzar el conocimiento de los requisitos médicos, legales, sanitarios y administrativos; que el Cirujano Dentista deberá tramitar para consolidar su Consultorio Dental, o bien, crear una sociedad de Médicos Especialistas para la apertura de una Clínica de Especialidades Médicas Odontológicas.

Un aspecto importante en la investigación fue hablar de las Instancias Administrativas que como profesionistas nos abordan, mencionando los lineamientos, procedimientos, aspectos legales, permisos sanitarios y trámites administrativos que debemos tramitar y tener en vigor, no olvidando, que como profesionales de la salud nos rigen las Normas Oficiales Mexicanas.

Como parte del aprendizaje encontramos, que el formar nuestro Consultorio Dental requiere de gran responsabilidad ya que deberemos seguir una serie de trámites administrativos y sanitarios para así poder estar dentro de la normativa y proporcionar un servicio de calidad y si hablamos de una atención de 2º Nivel Odontológico requiere de un mayor compromiso.

Es importante no perder de vista que el brindar un servicio de calidad y seguridad a nuestros pacientes nos garantiza un trabajo de calidad y eficiencia lo cual se transmite a cada uno de ellos.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



FUENTES BIBLIOGRAFICAS:

- 1) SECRETARIA DE SALUD, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, 16/08/2010. Diario Oficial de la Federación.
- 2) CODIGO FINANCIERO DEL DISTRITO FEDERAL, Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal, Título Tercero de la Planeación del Desarrollo Urbano, Capítulo Tercero de los Programas, Artículo 40, 41, Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 30/12/2011.
- 3) LEY GENERAL DE SALUD, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Capítulo I, Disposiciones Generales, Artículo 27, 1º, 7º, 10º, 18º, 19º, 20º, 21º, 23º, 24º, 56º, 59º; Capítulo X, De las Autorizaciones y Revocación de las Mismas Artículo 216º, 217º, 218º, 219º, 220º, 221º, 222º, 224º, 225º y 232º. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24/04/2013.
- 4) SECRETARIA DE SALUD, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, 08/01/2013. Diario Oficial de la Federación.



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



- 5) SECRETARIA DE SALUD, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SSA2-1993, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, 6/12/94. Diario Oficial de la Federación,
- 6) SECRETARIA DE SALUD, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales, 08/10/2008. Diario Oficial de la Federación.
- 7) LEY GENERAL DE SALUD, TITULO DECIMO SEGUNDO Control Sanitario de Productos y Servicios de su Importación y Exportación
- 8) CAPITULO I Disposiciones Comunes Artículo 200 Bis. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24/04/2013.
- 9) SECRETARIA DE SALUD, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, 15/10/2012. Diario Oficial de la Federación.
- 10) SITIO OFICIAL DE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, Disponible en:
<http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/AtribucionesFuncionesYCaracteristicas.aspx>
- 11) SITIO OFICIAL DE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS Disponible en:
<http://www.cofepris.gob.mx/AS/Paginas/Registros%20Sanitarios/Registros-Sanitarios.aspx>



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



- 12) SECRETARIA DE SALUD, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil.- Colores, formas y símbolos a utilizar, 23/12/2012. Diario Oficial de la Federación.

- 13) SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA, Disponible en:
<http://www.sat.gob.mx>

- 14) SECRETARIA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR; DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR - SUBDIRECCIÓN DE DISEÑO DE PROYECTOS, Disponible en:
<https://www.dgae.unam.mx/>.

- 15) SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, Disponible en:
http://www.sep.gob.mx/es/sep1/sep1_Autorizacion_Provisional_para_Ejercer_como_Pa.

- 16) CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ARTÍCULO 5º. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 08/10/2013

- 17) LEY DEL ISR, TÍTULO IV, ARTÍCULO 5º. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25/05/2012.

- 18) Disponible en:
<http://www.infoapuntes.com/que-es-una-clinica-dental-y-sus-ventajas/>

- 19) Disponible en:
<http://www.bergarecheyorbe.com/es/instalaciones.asp>



*REQUISITOS PARA LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE ATENCIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA DE 1ER Y 2º NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*



- 20) LEY DE DESARROLLO URBANO DEL DISTRITO FEDERAL ARTÍCULO 3, FRACCIÓN XXVIII, 4 FRACCIONES III Y IV, 7, FRACCIONES 1, XXIV Y XXXIV, 9 FRACCIÓN IV, 87 FRACCIÓN II Y 92. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 11/08/2006.
- 21) REGLAMENTO DE LA LEY DE DESARROLLO URBANO DEL DISTRITO FEDERAL ARTÍCULO 3,4 FRACCIÓN XXVI, 18, 19 FRACCIÓN III, 22, 23, 24, 125, 126 FRACCIONES I Y II. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 11/08/2006.
- 22) GUÍA PRÁCTICA PARA GENERAR EL *AVISO DE PRIVACIDAD* (PDF), Disponible en:
www.ifai.org.mx.-
- 23) Guía para el verificador de bienes y servicios. Subsecretaría de regulación y fomento sanitario. Dirección General de Bienes y Servicios. Pp. 2.8 – 2.9
- 24) Ley de Salud para el Distrito Federal Diario Oficial de la Federación. Título Cuarto, De la Vigilancia Sanitaria. Pp. 23 - 25