

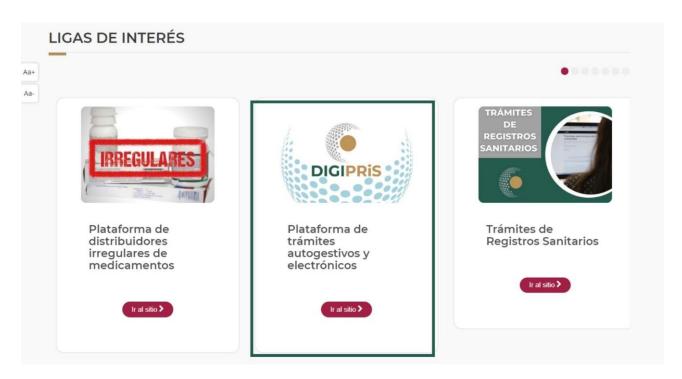




A continuación se enlistan los pasos para el alta del Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (COFEPRIS-05-036) para consultorios y para ambulancias y el Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud de un consultorio o una ambulancia (COFEPRIS-05-056).

Acceso al Sistema

1.- Para entrar a DIGIPRIS ingrese a https://www.gob.mx/cofepris, diríjase a la sección "ligas de interés" y de clic en "Plataforma de trámites autogestivos y electrónicos".









- 2.- Una vez en el sitio, dará clic en la sección de *"Trámites autogestivos"*, posteriormente en *"Inicio de sesión"*.
- * En caso de no tener usuario, dar clic en "Registrarse" (Manual Registro DIGIPRIS)*



3.- Para iniciar sesión, se deberán ingresar los datos de la e-firma (Certificado.cer) con la que se registró previamente, dar clic en "Validar datos", visualice que los datos vinculados a la e-firma sean correctos y de clic en "Continuar".

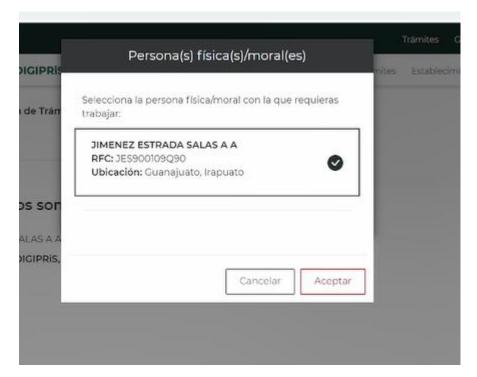








4.- Seleccione la persona física/moral con la que se va a realizar el trámite.



5.- En la página principal de su sesión, desplácese a la parte inferior de la ventana, a la sección de Funcionalidades de la plataforma y en **Catálogo de trámites** de clic en "Ver trámites".



- *Si se va a realizar el alta del Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud, continuar con el <u>numeral 6</u>.
- **Si se va a realizar el alta del Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de ambulancia, continuar con el <u>numeral 16</u>.
- ***Si se va a realizar un Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud, pasa al <u>numeral 23.</u>



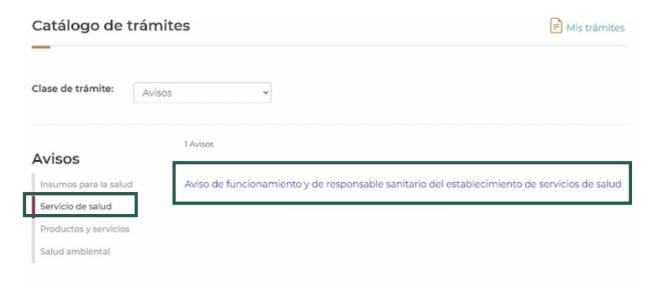




****Si se va a realizar un Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de ambulancia, continuar con el numeral 32.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

6.- En el catálogo de trámites se va a seleccionar "Servicio de Salud" y posteriormente Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.



7.- Para dar inicio al trámite, en la parte superior de la página, se va a seleccionar donde indica **Alta** y se dará clic en "Iniciar trámite".



^{**} Antes de iniciar el trámite, cerciorarse de tener los requisitos documentales necesarios.







Consultorios

8.- Para iniciar el trámite es necesario proporcionar información sobre el propietario, establecimiento, responsable sanitario y producto o servicio.

En la sección de **Propietario**, verifique que los datos generales de la persona moral/física, representante legal y domicilio fiscal, sean correctos, de serlo, se dará clic en "Guardar y continuar".



- 9.- En la pestaña relacionada al **Establecimiento** se deberá ingresar:
- 9.1.- Datos generales; nombre y domicilio del establecimiento.

Nota: Si al capturar el "Nombre del establecimiento" le aparece la leyenda "Este nombre ya está registrado intente con otro", lo más probable es que ya tenga un establecimiento registrado con ese mismo nombre y podrá encontrarlo al dar clic en el botón "*Seleccionar*" uno de sus establecimientos.









ATENCIÓN: "DIGIPRIS no permite cambios en datos de establecimiento nombre o razón social y, dirección en DIGIPRIS, asegúrese de cargar los datos correctamente ya que si requiere modificar esta información tendrá que dar baja el establecimiento y dar de alta otro Aviso de Funcionamiento con los datos correctos".

9.2.- Seleccionar el sector al que se pertenece y una de las claves SCIAN así como la fecha de inicio de operaciones y el horario de atención. Al concluir deberá dar clic en "Guardar y continuar", después se ingresarán los datos del representante legal y persona autorizada, así como poder notarial o acta constitutiva señalando que alcance tiene, al concluir seleccione "Guardar y continuar".









9.3.- Al finalizar de ingresar la información que se requiere del establecimiento, podrá verificar que sean correctos en la vista previa y en caso de ser correctos, de clic en "Continuar" y después en "Confirmar" para pasar a la siguiente pestaña.



10.- En la siguiente pestaña, ingrese la información correspondiente del Responsable Sanitario, sus datos generales, así como su perfil profesional y número de cédula profesional y su jornada laboral y al concluir se dará clic en "Guardar y continuar".

Propietario	Paso 1 Datos Paso 2 Jornada laboral Vista	previa
Establecimiento		
Responsable sanitario	Jornada laboral	
Producto o servicio	_	
Ambulancia	Días de atención (*):	
Protesta de verdad	■ Lunes ■ Martes ■ Miércoles ■ Jueves ■ V	9550 50 WHAT AGO
Protesta de verdad Firmar trámite	■ Lunes ■ Martes ■ Miércoles ■ Jueves ■ V Hora de entrada(*): 13:00 ■	iernes □ Sábado □ Domingo Hora de salida(*): 17:00 ✓
2000 St. av. 50	Hora de entrada(*):	Hora de salida(*):



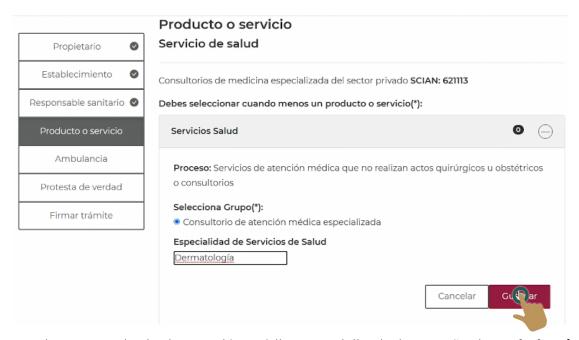




10.1.- Al concluir de ingresar la información del responsable sanitario, se visualizará una vista previa, con la opción de modificarla, o en su caso proseguir dando clic en "Continuar" y posteriormente en "Guardar y continuar" para pasar a la siguiente pestaña.



11.- Si seleccionó "Consultorio de atención médica especializada", indique el tipo de especialidad del Servicio de salud que se trata, y al concluir, se dará clic en "Guardar".



^{*}Al tratarse de un consultorio de atención médica especializada, la pestaña de **Ambulancia**, no se tendrá activa para el registro de información.







12.- En la pestaña "**Protesta de verdad**", después de leer la declaración, y si se está de acuerdo, dar clic en "*Acepto protesta de decir verdad*", así mismo se deberá señalar si se está de acuerdo o no en que los datos sean públicos, y si se desea recibir notificación a través de medios electrónicos, para finalizar seleccioné "*Guardar y continuar*".



13.- Para concluir se solicitará que el responsable sanitario y el representante legal o propietario, firmen el trámite con certificado de la e.firma, se dará clic en "Entendido" para poder continuar a la firma.









14.- Para concluir el trámite, en la última pestaña **Firmar trámite,** tanto el Responsable Sanitario como el Propietario o Representante Legal, firmarán el trámite con su certificado de e.firma. Primero recibirá un correo electrónico el responsable sanitario para firmar el trámite, una vez que se firme por parte de éste, le llegará un correo al representante legal para la firma y finalización del trámite.

	Elare bureau (mes)// /- V
Propietario	Claveprivada_FIEL_KAHO641101B39_20190528_162855.key
Propietario	Contraseña de clave privada(*): 👽
Establecimiento	Escribe tu contraseña
esponsable sanitario	9
Producto o servicio	* Campos obligatorios Validar datos
Ambulancia	Firma del propietario o representante legal
Protesta de verdad	Por favor, introduzca su certificado de e.firma , compuesto por dos archivos: .cer y .key . Serán validados por el sistema
Firmar trámite	Certificado (.cer)(*): ⊙
	hehf7712015z2.cer Buscar
	Llave privada (.key)(*): •
	Claveprivada_FIEL_HEHF7712015Z2_20181213_152003.key
	Contraseña de clave privada(*):
	* Campos obligatorios Cancelar

15.- Al concluir de ingresar los certificados e.firma solicitados, de clic en "Firmar" y se notificará que el trámite ha quedado registrado. El acuse de aviso llegará por correo electrónico y a su vez podrá descargarlo dando clic en "Descargar aviso". Para concluir seleccionar "Finalizar".

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud
¡Muy bien, has firmado tu trámite!
—
El trámite ha sido registrado con el número de ingreso 2209015036X00003, Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.
Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud COFEPRIS-05-036
Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.
Descargar acuse
Finalizar







Alta de Ambulancias

16.- Para iniciar el trámite es necesario proporcionar información sobre el propietario, establecimiento, responsable sanitario y producto o servicio.

En la sección de **Propietario**, verifique que los datos generales de la persona moral/física, representante legal y domicilio fiscal, sean correctos, de serlo, se dará clic en "Guardar y continuar"



- 17.- En la pestaña relacionada al **Establecimiento** se deberá ingresar:
- 17.1 Datos generales; nombre y domicilio del establecimiento.

Nota: Si al capturar el "Nombre del establecimiento" aparece la leyenda "Este nombre ya está registrado intenta con otro", lo probable es que ya se tenga un establecimiento registrado con ese mismo nombre y podrá encontrarlo al dar clic en el botón "Seleccionar" uno de sus establecimientos.









17.2.- Cuando se tenga que ingresar las claves SCIAN, en la sección del establecimiento, se seleccionará **servicio de ambulancias SCIAN: 621910,** continuaremos ingresando el inicio de operaciones y su horario de atención y dar clic en "Guardar y continuar".

*Si se requiere se puede agregar un horario extra.



17.3 Después se ingresarán los datos del representante legal y persona autorizada, así como poder notarial o acta constitutiva señalando que alcance tiene, al concluir de ingresar la información se dará clic en "Guardar".









17.4 Para concluir la información del establecimiento, en la vista previa de la información que se ingresó se podrá modificar. Después de revisarla o modificar lo necesario, se dará clic en "continuar" y después en "Confirmar".



*Al tratarse de servicio de ambulancias, la plataforma le redirigira a la sección de "Ambulancia".

18.- En la sección de **Ambulancia** se ingresarán datos de la ambulancia como:

- Tipo de servicio
- Tipo de ambulancia
- Los datos del vehículo
- Lugar donde se estacionará la ambulancia

Al concluir se dará clic en "Guardar y continuar".











Nota: Si ya se había realizado un trámite de esta modalidad y clave SCIAN, cuando se realice un nuevo trámite con el mismo establecimiento, se tendrá ya el registro de las ambulancias que se han registrado.



18.1- Continuar con los responsables sanitarios de la ambulancia ingresando sus datos generales, su perfil profesional, su jornada laboral y al concluir se dará clic en "Guardar y continuar".

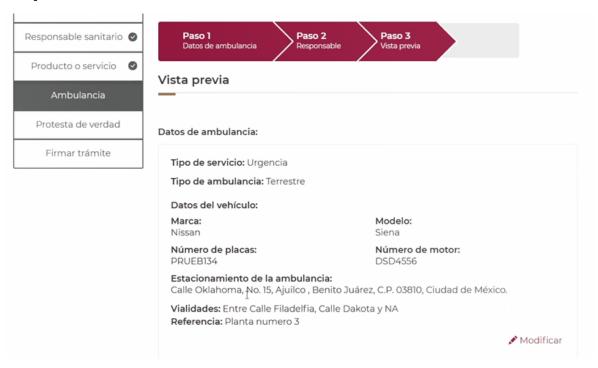
Producto o servicio	Responsable sanitario de am	hulancia
Ambulancia		Datariola
Protesta de verdad	Es necesario que asignes un responsabl	e de ambulancia.
Firmar trámite		
	Datos generales	
	_	
	Nombre(s)(*):	
	Ingresa tu nombre	
	Primer Apellido(*):	Segundo Apellido:
	Ingresa tu primer apellido	Ingresa tu segundo apellido
	RFC(*):	
	CACX7605101P8	
	CURP(*):	
	CACX7605101HQ	
	D _a	



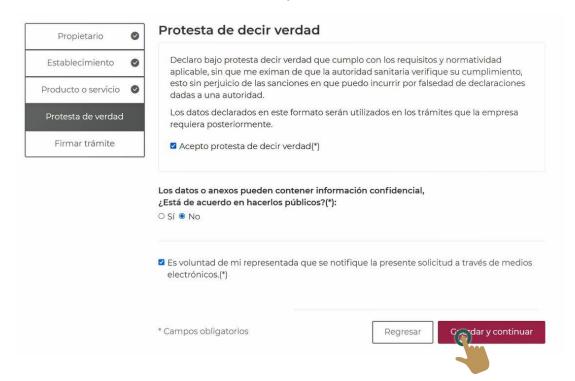




18.2.- Cuando se termine de ingresar la información solicitada revise en la vista previa de la misma, que le permite modificar si fuese necesario, al término se dará clic en "Confirmar" y después en "Guardar y continuar".



19.- Continuar con la pestaña **Protesta de verdad**, el cual, si después de leerlo se está de acuerdo, dar clic en "Acepto protesta de decir verdad", al igual indicar si se desa que los datos anexos sean públicos y si se desea que al representante se le notifique por medios electrónicos. Al concluir dar clic en "Guardar y continuar".









20.- Para concluir se solicitará que el responsable sanitario y el representante legal o propietario, firmen el trámite con certificado de la e.firma, se dará clic en "Entendido" para poder continuar a la firma.



21- Primero el responsable sanitario de la ambulancia, deberá ingresar a su registro, para poder seleccionar el trámite pendiente de firma e ingresar el certificado de la e.firma para firmar el trámite.

Firma del responsable sanitario de (CACX7605101P8)	e la ambulancia
Por favor, introduzca su certificado de e.firma , compu Serán validados por el sistema	uesto por dos archivos: .cer y .key .
Certificado (.cer)(*): 	
cacx7605101p8.cer	Buscar
Llave privada (.key)(*): 🚱	
Ubica tu Ilave privada	Buscar
Contraseña de clave privada(*): ⊙	
Escribe tu contraseña	
* Campos obligatorios	Validar datos







Posteriormente, el representante legal ingresará de igual manera a su sesión, para ingresar el certificado de la e.firma, y dar clic en "Firmar"

Firma del propietario o representante l Por favor, introduzca su certificado de e.firma, compuesto po Serán validados por el sistema	_	y .key .
Certificado (.cer)(*): ②		
xoji740919u48.cer		Buscar
Llave privada (.key)(*): 😯		
Ubica tu llave privada		Buscar
Contraseña de clave privada(*): •		
Escribe tu contraseña		
* Campos obligatorios	Cancelar	Firmar

22.- Al concluir de ingresar los certificados e.firma solicitados, se notificará que el trámite ha quedado registrado. El acuse de aviso llegará por correo electrónico y a su vez podrá descargarlo dando clic en "Descargar acuse". Para concluir seleccionar "Finalizar".

_	
trámite ha sido registrado con el número de ingreso 2209145036X00003, Av Incionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de	
odalidad No Aplica COFEPRIS-05-036	
e enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.	
Descargar acuse	
₽ P	
Finalizar	





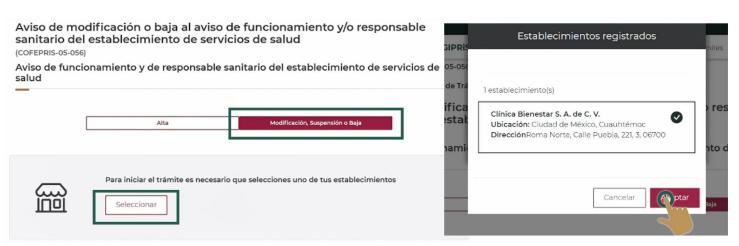


Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

23.- En el catálogo de trámites se va a seleccionar "**Servicio de Salud**" y posteriormente Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.

Catálogo de t	rámites		Mis trámites
Clase de trámite:	Avisos	•	
Avisos	1 Avisos		
Insumos para la salud	Aviso d	funcionamiento y de responsable sar	nitario del establecimiento de servicios de salud
Servicio de salud			
Productos y servicios			
Salud ambiental			

24.- Para dar inicio al trámite, en la parte superior de la página, se va a seleccionar donde indica **Modificación, Suspensión o Baja,** después se seleccionará un establecimiento para iniciar el trámite.



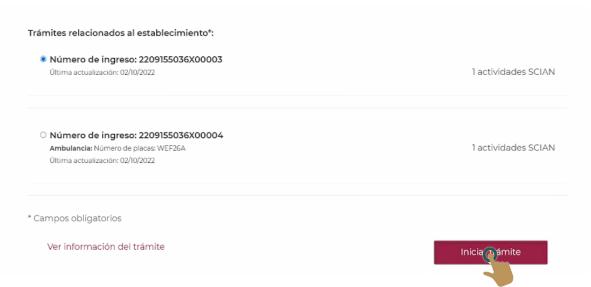
Si el Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicio de salud es de **consultorio sigue con el numeral 25** si se trata **de ambulancia pasa al numeral 32.**



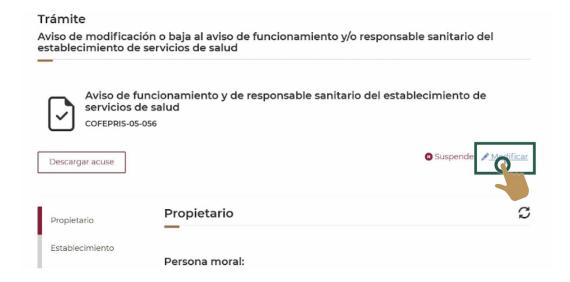




25.- Después se deberá seleccionar el trámite el cual se requiera modificar, y corresponda a la clave SCIAN de un consultorio y se dará clic en "Iniciar trámite".



- ** Antes de iniciar el trámite, cerciorarse de tener los requisitos para este trámite dando clic en "ver información del trámite".
- 26.- Al iniciar el trámite se revisará en pantalla los datos ingresados con anterioridad y se seleccionará la acción de "Modificar".

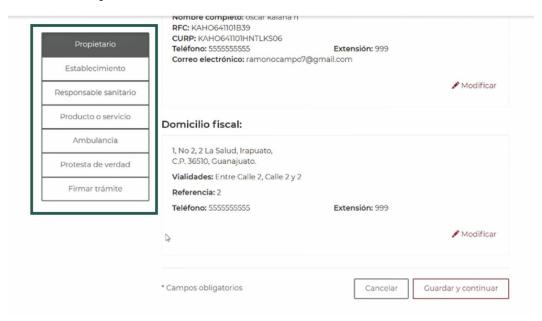








27.- En la siguiente ventana se podrá navegar, por medio del menú vertical, a través de las secciones que se deseen modificar. Al terminar de modificar la información necesaria, se dará clic en "Guardar y continuar".



ATENCIÓN: "DIGIPRIS no permite cambios en datos de establecimiento nombre o razón social y, dirección en DIGIPRIS, asegúrate de cargar los datos correctamente ya que si requieres modificar esta información tendrá que dar baja el establecimiento y dar de alta otro Aviso de Funcionamiento con los datos correctos".







28.- Al terminar de modificar las pestañas necesarias, nuevamente dar lectura a la **Protesta de verdad** y de estar de acuerdo dar clic en "Acepto protesta de decir verdad", así mismo señala si se está de acuerdo o no que los datos sean públicos, y si se desea recibir notificación a través de medios electrónicos, para finalizar seleccioné "Guardar y continuar".



29.- Se notificará que los datos modificados han sido registrados, y solo se requiere la firma del responsable sanitario y del propietario o representante legal, para poder finalizar el trámite. Se dará clic en "Entendido".

Propietario	0	¡Muy bien! Los datos del trámite han sido registrados.	
Establecimiento	0	_	
Responsable sanitario	0	Para concluir el trámite, es necesario que, en primer lugar, el Responsable sanit su certificado de e.firma y posteriormente el Propietario o Representante Lega	
	_	Enviaremos un correo electrónico al Responsable sanitario asi como al Propieta	rio o
Producto o servicio	0	Representante legal con la solicitud de firma de trámite.	
Ambulancia	0		
Protesta de verdad	•	Firmantes de este trámite	Firma
Firmar trámite		Responsable sanitario del establecimiento: María Guadalupe Ramos Reyes	pendiente
		Representante legal: Luis Ian Ñuzco	pendiente
		Puedes seguir realizando trámites.	







30.- El responsable sanitario, ingresará su certificado de e.firma y dará clic en "Validar datos", y a continuación ingresará su e.firma el propietario o representante legal y dará clic en "Firmar".



31.- Al finalizar dar clic en "Descargar acuse" para visualizar su acuse y posteriormente en "Finalizar".

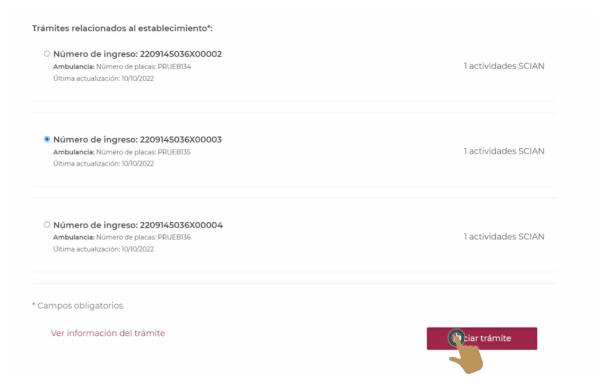
Aviso de funcionamiento y de responsabl establecimiento de servicios de salud	e sanitario del
¡Muy bien, has firmado tu trámite!	
El trámite ha sido registrado con el número de ingreso 2209155056	EVOCOCZ Aviso do
modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sa de servicios de salud.	
Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establec salud COFEPRIS-05-056	imiento de servicios de
Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.	
Descargar acuse	
Finalizar	∑ ₉





Modificación de Ambulancias

32.- Después se deberá seleccionar el trámite el cual corresponda a la ambulancia que se requiera modificar la información y se dará clic en "Iniciar trámite".



33.- Al iniciar el trámite se revisará en pantalla los datos ingresados con anterioridad y se seleccionará la acción de "Modificar".

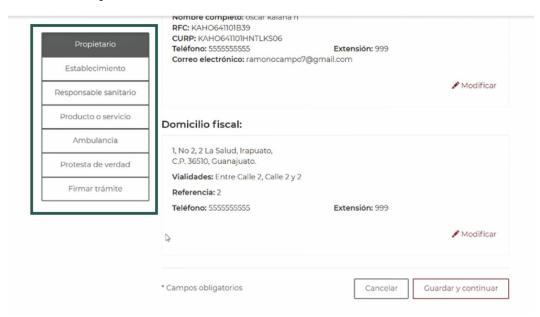
Trámite		
Aviso de modificaci establecimiento de	ón o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del servicios de salud	
Aviso de fu servicios de COFEPRIS-05-		
Descargar acuse	© Suspende	car
Propietario	Propietario	S
Establecimiento	Persona moral:	







34.- En la siguiente ventana se podrá navegar, por medio del menú vertical, a través de las secciones que se deseen modificar. Al terminar de modificar la información necesaria, se dará clic en "Guardar y continuar".



Nota: No se puede modificar la denominación social o razón social, así como el CURP o RFC ingresado del Responsable sanitario.

35.- En la sección de ambulancias, solo se podrá editar el tipo de servicio y de ambulancia, número de placas de la unidad.

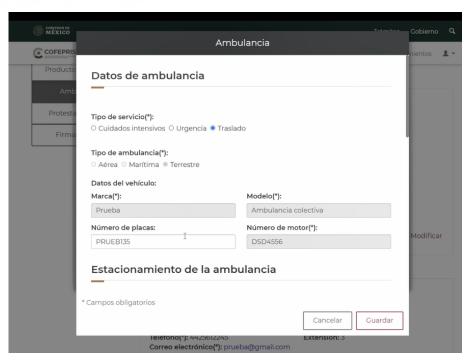
**No se puede modificar marca, modelo y número de motor de la unidad, así como los datos del domicilio del estacionamiento de la ambulancia.



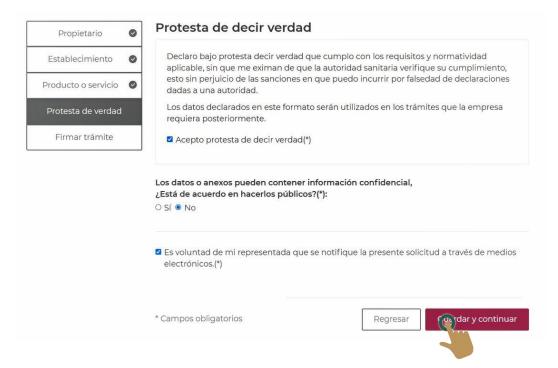








36.-. Al terminar de modificar las pestañas necesarias, nuevamente dar lectura a la **Protesta de verdad** y de estar de acuerdo dar clic en "Acepto protesta de decir verdad", así mismo señala si se estad de acuerdo o no que los datos sean públicos, y si se desea recibir notificación a través de medios electrónicos, para finalizar seleccioné "Guardar y continuar".









37.- Se notificará que los datos modificados han sido registrados, y solo se requiere la firma del responsable sanitario y del propietario o representante legal, para poder finalizar el trámite. Se dará clic en "Entendido".



38.- Primero, el responsable sanitario, ingresará a su sesión para poder ingresar a la sección donde señala los trámites que están pendiente de firmar.

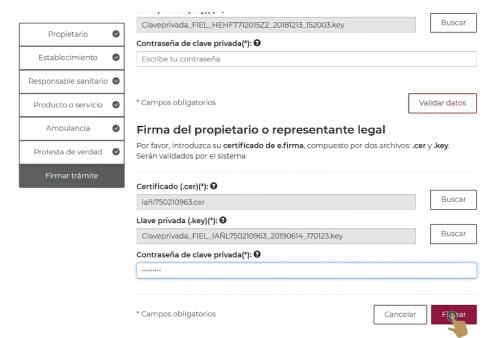
os	2 por firmar	Ordenar por:	Nombre	v
Pendientes (1)	Productos y servicios	5		
Por firmar (2) Concluidos (5)		mar		
	Servicio de salud			
	1 aviso(s) por firm	mar		
Firmar trámite]			
Firmar trámite				
Firmar trámite Propietario	Estableci	miento		
	_			
Propietario	_	miento el establecimiento)	
Propietario Establecimiento	Nombre de			
Propietario Establecimiento	Nombre de			







38.1 Después ingresará su certificado de e.firma y dará clic en "Validar datos", y a continuación ingresará su e.firma el propietario o representante legal y dará clic en "Firmar".



- 38.2 A continuación el propietario o representante legal, deberá repetir la <u>acción 38</u> y <u>38.1</u> para poder concluir el trámite.
- 39.- Al finalizar dar clic en "Descargar acuse" para visualizar su acuse y posteriormente en "Finalizar".

Modalidad No Aplica —	
Muy bien, has firmado tu trámite!	
El trámite ha sido registrado con el número de ingreso 2209145056X00001 , Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establec de servicios de salud.	imiento
Modalidad No Aplica COFEPRIS-05-056	
Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.	
Descargar acuse	
Finalizar	

