

# **PODER EJECUTIVO SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO**

## **SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO**

**ACUERDO** por el que se expiden los lineamientos, horarios y requisitos respecto de los trámites y servicios de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, unidad administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

**DR. JULIO CÉSAR RAMÍREZ ARGÜELLO**, Coordinador General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 18 y 55 fracciones I, V, IX y XIII, de la Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro; artículo 10 fracciones VI, VIII, XII y XIV del Decreto que crea el organismo público descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ); artículo 10 fracción IV y 12 del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ); y

### **CONSIDERANDO**

Que el 21 de febrero de 2014 se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro “La Sombra de Arteaga”, el ACUERDO por el que se establecen las fichas técnicas sobre los trámites y servicios de la Dirección de Fomento y Regulación Sanitaria, unidad administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

Que el 30 de enero del 2015 se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro “La Sombra de Arteaga”, el Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro” (SESEQ), cuyo artículo cuarto transitorio dicta que para todos los efectos administrativos, presupuestales y legales a que haya lugar, la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de SESEQ, sustituirá a la Dirección de Fomento y Regulación Sanitaria en el cumplimiento de las obligaciones y el ejercicio de los derechos derivados y de los que se deriven en forma posterior a la entrada en vigor a dicho Reglamento, incluyendo la tramitación y resolución de los procedimientos iniciados antes de la entrada en vigor del presente ordenamiento.

Que la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios tiene dentro de sus funciones ejercer las atribuciones en materia de protección contra riesgos sanitarios que le competan, cumpliendo con la legislación y normatividad sanitaria vigente; identificando oportunamente los riesgos para la salud, derivados del uso o consumo de productos o servicios elaborados o suministrados dentro del territorio del Estado.

Que la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Querétaro, es el ordenamiento legal que regula, entre otros, la información que debe ser difundida por los sujetos obligados, estableciendo las atribuciones y los servicios públicos y trámites que prestan las unidades administrativas, fomentar la publicación de información útil para la ciudadanía, las leyes, reglamentos, decretos, acuerdos administrativos, manuales administrativos, circulares y demás disposiciones de observancia general que regulen el desarrollo y fundamente la actuación de la Entidad y sus unidades administrativas.

Que con el fin de mantener actualizadas las fichas técnicas de trámites o servicios que realicen en la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios de SESEQ, es necesario abrogar el Acuerdo por el que se establecen las fichas técnicas sobre los trámites y servicios de la Dirección de Fomento y Regulación Sanitaria de fecha 21 de Febrero de 2014.

Que a fin de brindar a los particulares certeza jurídica en la realización de sus trámites y servicios ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, he tenido a bien expedir el siguiente:

**ACUERDO POR EL QUE SE EXPIDEN LOS LINEAMIENTOS, HORARIOS Y REQUISITOS RESPECTO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, UNIDAD ADMINISTRATIVA INTEGRANTE DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO (SESEQ).**

## **CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1.-** El presente acuerdo es de aplicación general y obligatoria para los servidores públicos y usuarios de los servicios públicos de salud en el Estado de Querétaro, en específico para la realización de trámites y solicitud de servicios ante la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios (DPRS), unidad administrativa dependiente del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

**Artículo 2.-** Para efectos del presente instrumento son considerados como trámites y servicios de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios, los siguientes:

- I. Aviso de Funcionamiento de salubridad local, alta, modificación o baja.
- II. Solicitud de Capacitación sanitaria.
- III. Opinión técnica en ingeniería sanitaria de salubridad local.
- IV. Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo.
- V. Certificación de edificio 100% libre de humo de tabaco.
- VI. Opinión técnica de visto bueno de condiciones sanitarias para el otorgamiento de licencia de alcoholes.
- VII. Permiso sanitario para traslado fuera del Estado de Querétaro de cenizas humanas.
- VIII. Emisión de tarjeta de Control Sanitario para manejador de alimentos de establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias.
- IX. Registro Estatal de Centros de Atención Infantil. (RECAIQ).

## **CAPÍTULO II AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE SALUBRIDAD LOCAL, ALTA, MODIFICACIÓN O BAJA.**

**Artículo 3.** En materia de salubridad local deberán presentar aviso de funcionamiento, de alta, modificación o baja, personas físicas o morales que cuenten con establecimientos comerciales o brinden servicios públicos gubernamentales.

**Artículo 4.** El solicitante del trámite deberá presentar el aviso en el formato denominado "Aviso de Funcionamiento de salubridad local, alta, modificación o baja"; que como Apéndice A se acompaña al presente.

**Artículo 5.** El solicitante del trámite deberá proporcionar al servidor público asignado para la atención del servicio, de manera enunciativa más no limitativa, los datos contenidos en el formato predeterminado "Aviso de funcionamiento de salubridad local, alta, modificación o baja", que como Apéndice A, se acompaña al presente.

**Artículo 6.** El usuario del servicio, deberá exhibir los siguientes documentos:

- I. Tratándose de personas físicas:
  - a. Formato "Aviso de funcionamiento de salubridad local, alta, modificación o baja" que como Apéndice A se acompaña al presente, debidamente requisitado en original y copia.
  - b. Identificación oficial con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
  - c. Registro Federal de Contribuyentes en original para cotejo.
  - d. Comprobante de domicilio, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.

- e. De realizar el trámite persona distinta al propietario, deberá presentar carta poder e identificación oficial con fotografía en original y copia.
- II. Tratándose de personas morales:
  - a. Formato "Aviso de funcionamiento de salubridad local, alta, modificación o baja" que como Apéndice A se acompaña al presente, debidamente requisitado en original y copia.
  - b. Acta constitutiva en original para cotejo.
  - c. Registro Federal de Contribuyentes en original para cotejo.
  - d. Comprobante de domicilio, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
  - e. Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
  - f. Identificación oficial con fotografía del representante legal, en original para cotejo.

**Artículo 7.** El aviso será recibido únicamente acompañado de los datos y documentos previamente señalados. Como respuesta a la presentación del aviso, el mismo día el usuario recibirá el acuse de recibo correspondiente.

**Artículo 8.** El aviso de funcionamiento deberá tramitarse por lo menos treinta días naturales anteriores a aquel en que se pretendan iniciar operaciones. Tratándose de aviso de modificación o baja de establecimiento, deberá realizarse dentro de los 10 días hábiles posteriores a que se realice la modificación o baja.

**Artículo 9.** La vigencia del Aviso será indefinida, en tanto no se realicen modificaciones en los datos del establecimiento o la baja del mismo.

### **CAPÍTULO III SOLICITUD DE CAPACITACIÓN SANITARIA.**

**Artículo 10.** Todo usuario interesado en conocer los lineamientos normativos para las buenas prácticas relacionadas con establecimientos, productos y servicios, podrá solicitar cursos de capacitación, entre los brindados por la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios.

**Artículo 11.** El usuario interesado deberá presentar debidamente requisitado el formato denominado "Solicitud de Capacitación Sanitaria", que como Apéndice B se acompaña al presente acuerdo.

**Artículo 12.** El solicitante del servicio deberá proporcionar al servidor público asignado para la atención del servicio, de manera enunciativa más no limitativa, los datos contenidos en el formato predeterminado "Solicitud de Capacitación Sanitaria" que como Apéndice B se acompaña al presente acuerdo.

**Artículo 13** El solicitante del servicio deberá exhibir los siguientes documentos:

- I. Formato "Solicitud de Capacitación Sanitaria" que como Apéndice B se acompaña al presente, debidamente requisitado en original y copia.
- II. Identificación oficial con fotografía vigente, en original para cotejo.
- III. RFC de la empresa o propietario.
- IV. Comprobante de pago de derechos en original y copia.

**Artículo 14.** La solicitud de capacitación sanitaria se recibirá únicamente en el formato indicado, acompañado de los datos y documentos previamente señalados. Como respuesta a la presentación del aviso, el mismo día el usuario recibirá el acuse de recibo correspondiente.

**Artículo 15.** La solicitud se resolverá dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que sea recibida, acompañada de la información necesaria para otorgar la capacitación y documentos establecidos.

**Artículo 16.** Una vez realizada la capacitación se entregará al solicitante una constancia con el nombre de los asistentes, la cual tendrá una vigencia de un año.

#### **CAPÍTULO IV OPINIÓN TÉCNICA EN INGENIERÍA SANITARIA DE SALUBRIDAD LOCAL.**

**Artículo 17.** Las personas físicas o morales interesadas en realizar la construcción, ampliación o remodelación de establecimientos, con excepción de hospitales, podrán solicitar opinión técnica en ingeniería sanitaria, a efecto de conocer si su proyecto cumple con la normatividad sanitaria local.

**Artículo 18.** El solicitante deberá presentar debidamente requisitado el formato denominado “Solicitud de Opinión Técnica en Ingeniería Sanitaria de Salubridad Local”, que como Apéndice C se acompaña a este Acuerdo.

**Artículo 19.** El usuario del servicio deberá proporcionar al servidor público asignado para la atención del servicio, de manera enunciativa más no limitativa, los datos contenidos en el formato “Solicitud de Opinión Técnica en Ingeniería Sanitaria de Salubridad Local”, que como Apéndice C se acompaña a este Acuerdo.

**Artículo 20.** El solicitante del servicio deberá exhibir los siguientes documentos:

- I. Tratándose de personas físicas, deberán presentar:
  - a. Formato “Solicitud de Opinión Técnica en Ingeniería Sanitaria de Salubridad Local” que como Apéndice C se acompaña a este Acuerdo, en original y copia.
  - b. Croquis o planos con descripción de áreas, capacidad, equipamiento y acabados.
  - c. Programa descriptivo de actividades o servicios a ofrecer en el establecimiento.
  - d. Identificación oficial con fotografía vigente en original para cotejo.
  - e. Registro Federal de Contribuyentes en original para cotejo.
  - f. Comprobante de pago de derechos en original.
- II. Tratándose de personas morales, deberán presentar:
  - a. Formato “Solicitud de Opinión Técnica en Ingeniería Sanitaria de Salubridad Local” que como Apéndice C se acompaña a este Acuerdo, en original y copia.
  - b. Croquis o planos con descripción de áreas, capacidad, equipamiento y acabados.
  - c. Programa descriptivo de actividades o servicios a ofrecer en el establecimiento.
  - d. Acta constitutiva. En original para cotejo.
  - e. Registro Federal de Contribuyentes en original para cotejo.
  - f. Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
  - g. Identificación oficial con fotografía vigente, en original para cotejo.
  - h. Comprobante de pago de derechos en original.

**Artículo 21.** La solicitud de opinión técnica en ingeniería sanitaria se recibirá únicamente en el formato indicado, acompañado de los datos y documentos previamente señalados.

**Artículo 22.** Dentro de los 5 días hábiles siguientes al día en que se reciba la solicitud de servicio, se emitirá respuesta consistente en Opinión técnica sobre el cumplimiento de la normatividad en materia de salubridad local. Dentro de éste mismo plazo, a solicitud del usuario, se podrán otorgar hasta seis horas para asesoría.

**Artículo 23.** La opinión técnica emitida tendrá una vigencia indefinida, en tanto no se modifique el proyecto de construcción, ampliación o remodelación, respecto del cual se solicita el trámite.

#### **CAPÍTULO V SOLICITUD DE VISITA DIAGNÓSTICA DE CAMPO NORMATIVO**

**Artículo 24.** Todo usuario que realice actividades relacionadas con el procesamiento, expedición o suministro de productos y servicios en establecimientos, que se necesite conocer el estado que guarda su establecimiento en operación respecto del cumplimiento del marco normativo en materia sanitaria, podrá solicitar visita diagnóstica de campo normativo.

**Artículo 25.** El usuario interesado deberá presentar debidamente requisitado el formato denominado “Solicitud de Visita Diagnóstica de Campo Normativo”, que como Apéndice D se acompaña al Acuerdo.

**Artículo 26.** El usuario del servicio deberá proporcionar al servidor público asignado para la atención del servicio, de manera enunciativa más no limitativa los datos contenidos en el formato predeterminado “Solicitud de Visita Diagnóstica de Campo Normativo”, que como Apéndice D se acompaña al Acuerdo.

**Artículo 27.** El usuario del servicio, deberá exhibir los siguientes documentos:

- I. Tratándose de Personas físicas:
  - a. Formato “Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo”, que como Apéndice D se acompaña al Acuerdo debidamente requisitado en original y copia.
  - b. Identificación oficial con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
  - c. Registro Federal de Contribuyentes, en original para cotejo.
  - d. Aviso de funcionamiento del establecimiento o licencia sanitaria, en original para cotejo.
  - e. De realizar el trámite una persona distinta al propietario, deberá presentar carta poder e identificación oficial con fotografía en original para cotejo.
  - f. Comprobante de pago de derechos.
- II. Tratándose de Personas Morales:
  - a. Formato “Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo”, que como Apéndice D se acompaña al Acuerdo debidamente requisitado en original y copia.
  - b. Acta constitutiva en original para cotejo.
  - c. Registro Federal de Contribuyentes en original para cotejo.
  - d. Aviso de funcionamiento del establecimiento o licencia sanitaria, en original para cotejo.
  - e. Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
  - f. Identificación oficial con fotografía vigente del Representante Legal, en original para cotejo.
  - g. Comprobante de pago de derechos.

**Artículo 28.** Dentro de los 10 días hábiles siguientes al día en que se reciba la solicitud de servicio, se realizará visita de verificación sanitaria al establecimiento.

**Artículo 29.** Como respuesta, dentro del plazo establecido en el numeral anterior, se emitirá resultado de visita diagnóstica en campo normativo, sobre el cumplimiento de la normatividad sanitaria aplicable al establecimiento al momento de realizar la visita de verificación.

**Artículo 30.** El resultado de visita diagnóstica en campo normativo tendrá una vigencia indefinida, en tanto no se modifiquen las condiciones sanitarias identificadas al momento de realizar la visita de verificación.

## CAPÍTULO VI

### CERTIFICACIÓN DE EDIFICIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO.

**Artículo 31.** Todo propietario de establecimiento del sector público o privado donde se lleven a cabo actividades productivas, comercializadoras y de prestación de servicios, ya sea público o privado y podrá certificar sus instalaciones como edificios 100% libres de humo de tabaco.

**Artículo 32.** El interesado deberá presentar debidamente requisitado el formato denominado "Solicitud de Certificación de Edificio 100% Libre de Humo de Tabaco", que como Apéndice E se acompaña al presente Acuerdo.

**Artículo 33.** El usuario del servicio deberá proporcionar al servidor público asignado para la atención del servicio, de manera enunciativa más no limitativa los datos contenidos en el formato predeterminado "Solicitud de Certificación de Edificio 100% Libre de Humo de Tabaco", que como Apéndice E se acompaña al presente Acuerdo.

**Artículo 34.** El usuario del servicio, deberá exhibir los siguientes documentos:

- I. Tratándose de personas físicas:
  - a. Formato de "Solicitud de Certificación de Edificio 100% Libre de Humo de Tabaco" que como Apéndice E se acompaña al Acuerdo en original y copia.
  - b. Identificación oficial con fotografía vigente del propietario del establecimiento para acreditar la personalidad de quien presenta el trámite en original para cotejo.
  - c. Registro Federal de Contribuyentes de la persona física en original para cotejo.
  - d. Comprobante de pago.
  - e. De realizar el trámite una persona distinta al propietario, deberá presentar carta poder e identificación oficial con fotografía, en original para cotejo.
- II. Tratándose de personas morales:
  - a. Formato de "Solicitud de certificación de edificio 100% Libre de Humo de Tabaco" que como Apéndice E se acompaña al Acuerdo, en original y copia.
  - b. Acta constitutiva en original para cotejo.
  - c. Registro Federal de Contribuyentes en original para cotejo.
  - d. Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
  - e. Identificación oficial con fotografía vigente para acreditar la personalidad de quien presenta el trámite en original y copia.
  - f. Comprobante de pago de derechos.

**Artículo 35.** Dentro de los 10 días hábiles siguientes al día en que se reciba la solicitud de certificado, se realizará visita de verificación sanitaria al establecimiento a efecto de corroborar cumplimiento y existencia de:

- I. Cumplimiento de la Ley para el Control de Tabaco y su Reglamento.
- II. Evidencia documental de un programa de protección para los no fumadores.
- III. Evidencia documental de la impartición de pláticas enfocadas a los riesgos atribuibles al consumo de tabaco y la exposición al humo del mismo, dadas por instancias expertas en el tema.
- IV. Evidencia documental de la difusión sobre los riesgos de consumir tabaco.
- V. Evidencia documental de programa de apoyo para fumadores que deseen dejar el tabaco, así como registro de personal apoyado.
- VI. Sistema documentado de vigilancia o supervisión y sus registros, para el cumplimiento del programa.
- VII. Evidencia del no consumo de tabaco en todo el edificio.

**Artículo 36.** De haber cumplido con los requisitos indicados en el numeral anterior, dentro del plazo ahí establecido se emitirá oficio de respuesta en sentido afirmativo haciendo entrega también de la Certificación de Edificio 100% Libre de Humo de Tabaco y el pendón correspondiente para ser mostrado en cualquier parte visible del edificio, a consideración del propietario.

De no haber cumplido con los requisitos indicados, se notificará dentro del mismo plazo a la parte interesada, la negativa de certificación y los motivos de la misma. De continuar el interés por obtener la Certificación de Edificio 100% Libre de Humo de Tabaco, se reiniciará el procedimiento con la presentación de una nueva solicitud.

**Artículo 37.** La certificación que en su caso se emita será por edificio, no por empresa, institución o dependencia y tendrá una vigencia indefinida en tanto se cumplan con los requisitos aquí establecidos, lo cual podrá ser corroborado en cualquier momento mediante visita de verificación sanitaria por parte de la autoridad competente.

Para el caso de que en el establecimiento se dejara de cumplir con los requisitos establecidos en el presente capítulo, se podrá retirar la certificación, consecuencia de lo cual el pendón deberá ser también retirado.

**Artículo 38.** Si dentro del plazo de 10 días hábiles no se emitiera respuesta a la solicitud de Certificado de Edificio 100% Libre de Humo de Tabaco, se entenderá en sentido negativo la respuesta.

## **CAPÍTULO VII**

### **OPINIÓN TÉCNICA DE VISTO BUENO DE CONDICIONES SANITARIAS PARA EL OTORGAMIENTO DE LICENCIA DE ALCOHOLES.**

**Artículo 39.** Todo propietario de establecimiento donde se pretendan desarrollar actividades relacionadas con el almacenaje, venta y porteo de bebidas alcohólicas, deberá formular una Solicitud de opinión técnica de visto bueno de condiciones sanitarias para para el otorgamiento de Licencia de alcoholes, así como los permisos correspondientes.

**Artículo 40.** El interesado deberá presentar debidamente requisitado el formato denominado “Solicitud de Opinión Técnica de visto bueno para el otorgamiento de Licencia de Alcoholes”, que como Apéndice F se acompaña al presente Acuerdo.

**Artículo 41.** El interesado deberá proporcionar al servidor público asignado para la atención del servicio, de manera enunciativa más no limitativa los datos contenidos en el formato predeterminado “Solicitud de Opinión Técnica de visto bueno para el otorgamiento de Licencia de Alcoholes”, que como Apéndice F se acompaña al presente Acuerdo.

**Artículo 42.** El solicitante del servicio deberá exhibir los siguientes documentos:

- I. Formato “Solicitud de Opinión Técnica de visto bueno para el otorgamiento de Licencia de Alcoholes” que como Apéndice F se acompaña al presente, debidamente requisitado en original y dos copias.
- II. Copia del documento emitido por la Dirección de Gobierno de la Secretaría de Gobierno del Poder Ejecutivo el Estado, que contiene el folio de la solicitud.
- III. Identificación oficial con fotografía del solicitante vigente en original para cotejo.
- IV. Registro Federal de Contribuyentes en original para cotejo.
- V. Aviso de Funcionamiento del establecimiento en original para cotejo.
- VI. Comprobante de pago de derechos.

**Artículo 43.** Dentro de los 10 días hábiles siguientes al día en que se reciba la solicitud de opinión técnica, se realizará visita de verificación sanitaria al establecimiento a efecto de evaluar el cumplimiento de las disposiciones sanitarias correspondientes al giro que desarrolla. Realizada la visita de verificación y como resultado del dictamen interno, se notificará a la parte interesada el resultado de la visita de verificación dentro del plazo aquí indicado y se remitirá la opinión técnica a la Dirección de Gobierno de la Secretaría de Gobierno del Poder Ejecutivo el Estado.

**Artículo 44.** La opinión técnica emitida no se considerará como pre autorización para obtener licencia o permiso de alcoholes, y no será vinculante para la resolución que emita la Dirección de Gobierno de la Secretaría de Gobierno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro.

**Artículo 45.** Vencido el plazo de 10 días hábiles indicado en el artículo 43 del presente instrumento, sin haberse emitido respuesta a la Solicitud de opinión técnica de visto bueno para el otorgamiento de licencia de alcoholes, se entenderá en sentido negativo la respuesta.

**Artículo 46.** La Opinión técnica de visto bueno para el otorgamiento de licencia de alcoholes será vigente hasta en tanto la Dirección de Gobierno de la Secretaría de Gobierno del Poder Ejecutivo el Estado, resuelva sobre el otorgamiento de la licencia.

## **CAPÍTULO VIII**

### **PERMISO SANITARIO PARA EL TRASLADO FUERA DEL ESTADO DE QUERÉTARO DE CENIZAS HUMANAS.**

**Artículo 47.** Requiere de un permiso sanitario para el traslado fuera del Estado de Querétaro de cenizas humanas o bien realizar el internamiento al Estado o al País.

**Artículo 48.** El interesado en obtener el permiso deberá proporcionar al servidor público asignado para la atención del servicio, de manera enunciativa más no limitativa, los datos contenidos en el formato predeterminado "Permiso sanitario para el traslado fuera del Estado de Querétaro de cenizas humanas".

**Artículo 49.** El solicitante deberá exhibir los siguientes documentos:

- I. Certificado de defunción o acta de defunción en original y copia.
- II. Identificación oficial con fotografía vigente del familiar responsable del traslado en original para cotejo.
- III. Original de la carta poder del particular a la agencia funeraria que efectuará el traslado, asentando la vía de traslado a utilizar ya sea aérea, marítima o terrestre.
- IV. Aviso de funcionamiento de la funeraria en copia, si el trámite se realiza a través de funeraria.

Con los datos de los documentos presentados, el servidor público requisitará el formato en sistema y emitirá el permiso correspondiente.

**Artículo 50.** El permiso será entregado al solicitante dentro de los tres días hábiles posteriores a la fecha en que lo solicite, siempre y cuando cumpla con los requisitos previamente señalados; y tendrá una vigencia de 15 días naturales.

## **CAPÍTULO IX**

### **TARJETA DE CONTROL SANITARIO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS EN ESTABLECIMIENTOS SEMIFIJOS, TIANGUIS, EVENTOS Y FERIAS**

**Artículo 51.** Todo interesado en expender o suministrar alimentos y bebidas a la población en establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias en el Estado de Querétaro, deberá contar con la tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos expedida por la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de SESEQ.

**Artículo 52.** Para obtener la tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos para establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias, el interesado deberá acreditar haber asistido previamente a la plática de buenas prácticas de higiene en la preparación de alimentos y haberse sometido a las pruebas diagnósticas y tratamiento médico en su caso.

**Artículo 53.** En los Centros Integrales de Servicios de las Unidades de Protección contra Riesgos Sanitarios Jurisdiccionales, serán publicados los sitios, fechas y horarios en que se impartirán pláticas así como las unidades de salud en que se expedirán las tarjetas. Tratándose eventos y ferias, 30 días anteriores a su inicio, se publicarán en los Centros Integrales de Servicios de las Unidades de Protección contra Riesgos Sanitarios Jurisdiccionales los sitios, fechas y horarios.



**Artículo 54.** El interesado deberá proporcionar al servidor público asignado para la atención del trámite, una fotografía tamaño infantil reciente y presentar identificación oficial vigente en original para cotejo para la obtención de datos generales.

**Artículo 55.** El trámite se resolverá favorablemente después de haber cubierto los requisitos indicados previamente, expidiéndose en favor del interesado la tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos para establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias.

**Artículo 56.** La tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos para establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias tendrá una vigencia de seis meses a partir de la fecha de expedición.

## **CAPÍTULO X REGISTRO ESTATAL DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL**

**Artículo 57.** Los Centros del sector público, social o privado que presten servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil en la Entidad, deberán inscribirse en el Registro Estatal de Centros de Atención Infantil, por vía internet en la página <http://www.seseq.gob.mx/Recaiq/>

**Artículo 58.** El solicitante del registro deberá proporcionar en forma electrónica vía internet, de manera enunciativa más no limitativa la información requerida en el formato disponible en <http://www.seseq.gob.mx/Recaiq/>

**Artículo 59.** El trámite se resolverá favorablemente una vez validado que cuente con Licencia o permiso de funcionamiento y que la información registrada sea correcta y esté completa, de lo cual se emitirá un acuse electrónico de registro con su Clave Única de Centros de Atención en un plazo máximo de 15 días hábiles.

**Artículo 60.** La vigencia del registro será por 6 meses a partir del registro inicial, al cabo del cual deberá actualizar electrónicamente vía internet la información, de aquellos puntos que hayan sufrido modificación al término de dicha vigencia, lo cual deberá realizar en los meses de enero y agosto de cada año.

**Artículo 61.** La Dirección en la que se encontrará la liga electrónica para el trámite estará ubicada en la página web como portal oficial de la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo Estado de Querétaro y/o de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

## **CAPÍTULO XI DE LOS HORARIOS Y OFICINAS DE ATENCIÓN**

**Artículo 62.** Los horarios y oficinas de atención para cada uno de los servicios considerados en el presente instrumento se atenderán a lo establecido en el Apéndice G, que contiene el directorio de unidades administrativas y sus horarios, mismos que se establecen atendiendo a los criterios de ubicación de la unidad, al número de personal que colabora en la unidad y al tipo de servicio.

## **CAPÍTULO XII DEL COSTO DEL SERVICIO Y LA FORMA DE PAGO**

**Artículo 63.** Los derechos causados por concepto de los trámites y servicios considerados en el presente instrumento, serán los autorizados por la Junta de Gobierno de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, o aquellos que se encuentren previstos en la Ley de Hacienda del Estado de Querétaro.

El pago podrá realizarse en efectivo en el área de cajas de cada unidad, mediante transferencia o depósito referenciado, a la cuenta que para tal efecto establezca la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios.

### TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro “La Sombra de Arteaga”.

**SEGUNDO.-** La Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios, será la encargada de atender los trámites y servicios mencionados.

**TERCERO.-** Se derogan todas las disposiciones que se opongan al presente Acuerdo.

**CUARTO.-** Los establecimientos que en virtud del presente Acuerdo deban presentar aviso de funcionamiento, modificación o baja, tendrán un plazo de 60 días naturales, contados a partir del día siguiente de la publicación de este Acuerdo, para efectuar el trámite.

**QUINTO.-** Los actos y procedimientos administrativos que tengan relación con la materia de este Acuerdo, que se hubieran iniciado con anterioridad a la entrada en vigor de éste, se tramitarán y resolverán, en lo que beneficie a los interesados, en los términos del presente Acuerdo.

Dado en la Ciudad de Querétaro, Qro., a los 15 días del mes de febrero 2019 dos mil diecinueve.

**Dr. Julio César Ramírez Argüello.**  
Secretario de Salud y Coordinador General  
de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.  
Rúbrica

# SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

**APÉNDICES del Acuerdo por el que se expiden los lineamientos, horarios y requisitos respecto de los trámites y servicios de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, unidad administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).**

## APÉNDICE A



SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Protección  
contra Riesgos Sanitarios

Nº DE INGRESO (USO  
EXCLUSIVO DE LA DPCRS)

### AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE SALUBRIDAD LOCAL, ALTA, MODIFICACIÓN Ó BAJA

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

<b>1. SELECCIONE LA MODALIDAD:</b>													
ALTA <input type="checkbox"/>				MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>				BAJA <input type="checkbox"/>					
<b>2. DATOS DEL PROPIETARIO:</b>													
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)								R.F.C.					
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)								COLONIA					
MUNICIPIO				LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA			
ENTRE CALLE				Y CALLE		TELÉFONO Y/O FAX			CORREO ELECTRÓNICO				
<b>3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:</b>													
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO								R.F.C.					
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)								COLONIA					
MUNICIPIO				LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA			
ENTRE CALLE				Y CALLE		TELÉFONO Y/O FAX			CORREO ELECTRÓNICO				
HORARIO:		D	L	M	M	J	V	S	DE	A	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		
		D	L	M	M	J	V	S	DE	A	DÍA	MES	AÑO
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO.													
CLAVE (S.C.I.A.N.)				DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.									
REPRESENTANTE LEGAL				CURP				CORREO ELECTRÓNICO					
PERSONA AUTORIZADA				CURP				CORREO ELECTRÓNICO					
<b>4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</b>													

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. ASEGÚRESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS.  
DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO. ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE SIN COSTO AL 01-800-714-90-73

DPCRS-F-05-A

## APÉNDICE B



**SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ**  
Dirección de Protección  
contra Riesgos Sanitarios

Nº DE INGRESO (USO  
EXCLUSIVO DE LA DPCRS)

## SOLICITUD DE CAPACITACIÓN SANITARIA

<b>1. DATOS DEL SOLICITANTE * Con estos datos se elaborará la factura</b>			
NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL SI ES MORAL			RFC
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)			
COLONIA	MUNICIPIO	LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO, CEL. Y FAX	CORREO ELECTRÓNICO	
<b>2. CURSO O TALLER QUE SOLICITA. * llene un formato por cada tema de su interés</b>			
ESCRIBA EL NOMBRE DEL CURSO QUE LE INTERESA:			
NOMBRE COMPLETO DE LOS ASISTENTE(S):			
1.	7.		
2.	8.		
3.	9.		
4.	10.		
5.	11.		
6.	12.		
FECHA DEL CURSO QUE SOLICITA			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DONDE LABORA(N) EL (LOS) ASISTENTE(S)			
NOTA:			
*LOS CURSOS SE LLEVARÁN A CABO CON UN CUPO MÍNIMO DE 10 ASISTENTES Y NO MAYOR A 25			
*LA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ EN INSTALACIONES DE ESTA DEPENDENCIA, CONFORME AL CALENDARIO ESTABLECIDO			
*EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE REQUIERA QUE SE IMPARTA EN OTRO DOMICILIO, EL TRASLADO DEL PONENTE CORRERÁ A CARGO DEL SOLICITANTE			

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 DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS. EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE SIN COSTO AL 01-800-714-90-73

DPCRS-F-00-A

# APÉNDICE C



SECRETARÍA  
DE SALUD - JSESQ  
Dirección de Protección  
contra Riesgos Sanitarios

N° DE INGRESO (USO  
EXCLUSIVO DE LA DPCRS)

## SOLICITUD DE OPINIÓN TÉCNICA EN INGENIERIA SANITARIA DE SALUBRIDAD LOCAL

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 MAQUINA O COMPUTADORA

<b>1. DATOS DEL PROPIETARIO</b>					
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)					R.F.C.
DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)					COLONIA
MUNICIPIO	LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
ENTRE CALLE	Y CALLE	TELÉFONO Y/O FAX		CORREO ELECTRÓNICO	
<b>2. DATOS DEL SOLICITANTE</b>					
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)					R.F.C.
					C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)		COLONIA		MUNICIPIO	
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA	
TELÉFONO	FAX		CORREO ELECTRÓNICO		
<b>3. REQUISITOS:</b>					
ORIGINAL DE CROQUIS O PLANOS CON DESCRIPCIÓN DE ÁREAS, CAPACIDAD, EQUIPAMIENTO Y ACABADOS PROGRAMA DESCRIPTIVO DE ACTIVIDADES O SERVICIOS A OFRECER					

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGÚRESE 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 FALSEDAD 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 DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS. EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE SIN COSTO AL 01-800-714-90-73.

DPCRS-F-09-A

## APÉNDICE D



**SECRETARÍA  
DE SALUD - SESIQ**  
Dirección de Promoción  
contra el tabaco y las drogas

Nº DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA DPCRS)

## SOLICITUD DE VISITA DIAGNÓSTICA DE CAMPO NORMATIVO

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 MAQUINA O COMPUTADORA

<b>1. GIRO DE SERVICIO QUE USTED OFRECE.</b>														
PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>				SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/>				INSUMOS PARA LA SALUD <input type="checkbox"/>				SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>		
<b>2. TIPO DE PROCESO</b>														
LINEA DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/>				ALMACÉN <input type="checkbox"/>		DISTRIBUCIÓN <input type="checkbox"/>		MAQUILA <input type="checkbox"/>		ELABORACIÓN <input type="checkbox"/>				
OTROS <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE:														
<b>3. DATOS DEL PROPIETARIO</b>														
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)								R.F.C.						
DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)						COLONIA								
MUNICIPIO				LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA				
ENTRE CALLE				Y CALLE		TELÉFONO Y/O FAX			CORREO ELECTRÓNICO					
<b>4. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:</b>														
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO								R.F.C.						
DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)						COLONIA								
MUNICIPIO				LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA				
ENTRE CALLE				Y CALLE		TELÉFONO Y/O FAX			CORREO ELECTRÓNICO					
HORARIO:	D	L	M	M	J	V	S	DE	A	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		DÍA	MES	AÑO
	D	L	M	M	J	V	S	DE	A					
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO.														
CLAVE (SCIAN)								DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.						
<b>5. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</b>														

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. ASEGÚRESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS.

DECLARO BAJO PROTESTA CADA VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD  
SANTARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSIDAD 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, GUIA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE SIN COSTO AL 01-800-714-88-73

DPCRS-F-09-A

# APÉNDICE E



SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Protección  
contra Riesgos Sanitarios

Nº DE INGRESO (USO  
EXCLUSIVO DE LA DPCRS)

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE EDIFICIO 100 % LIBRE DE HUMO DE TABACO

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUIA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.  
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA O COMPUTADORA

1. DATOS DEL PROPIETARIO																
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)												R.F.C.				
DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)										COLONIA						
MUNICIPIO				LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA						
ENTRE CALLE			Y CALLE			TELÉFONO Y/O FAX			CORREO ELECTRÓNICO							
2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO												R.F.C.				
DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)										COLONIA						
MUNICIPIO				LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA						
ENTRE CALLE			Y CALLE			TELÉFONO Y/O FAX			CORREO ELECTRÓNICO							
HORARIO:		D	L	M	M	J	V	S	DE	A	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES			DÍA	MES	AÑO
		D	L	M	M	J	V	S	DE	A						
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO.																
CLAVE (S.C.I.A.N.)				DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.												
3. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD																

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGÚRESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS.

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PUBLICOS?

SI

☐

NO

☐

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O  
REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, EN CASO DE REQUERIR EL NUMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRAMITE SIN COSTO AL 01-800-714-90-73.

DPCRS-F-03-A

## APÉNDICE F



SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Protección  
contra Riesgos Sanitarios

Nº DE INGRESO (USO  
EXCLUSIVO DE LA DPCRS)

## SOLICITUD DE OPINION TECNICA DE VISTO BUENO PARA EL OTORGAMIENTO DE LICENCIA DE ALCOHOLES

LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA O COMPUTADORA

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO			
DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			RFC:
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)			No. DE FOLIO DE ALCOHOLES
COLONIA	MUNICIPIO	LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO, CEL. Y FAX	CORREO ELECTRÓNICO	
2. ELABORE EL CROQUIS PARA LA UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:			
OBSERVACIONES PARA LA UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:			

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

DPCRS-F-08-B



**APENDICE G**

Para la atención de todos los trámites, excepto el trámite de tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos para establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias:

**Nombre:** Centro Integral de Servicios de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de SESEQ.

**Horario:** 8:15 a 14:00 horas de lunes a viernes.

**Dirección:** Ocampo número 19 sur, colonia Centro, C.P. 76000, Santiago de Querétaro, Qro.

**Teléfono:** (442) 221-21087 214-0639 212-4355 extensión 23 y 01-800-714-9073.

Para la atención de todos los trámites:

**Nombre:** Centro Integral de Servicios de la Jurisdicción Sanitaria número 1.

**Horario:** 8:15 a 14:00 horas de lunes a viernes.

**Dirección:** Circuito Moisés Solana S/N, Col. Vista Alegre 2da sección, Santiago de Querétaro, C.P. 76070.

**Teléfono:** 01(442) 2-13-70-16.

**Nombre:** Centro Integral de Servicios de la Jurisdicción Sanitaria número 2.

**Horario:** 8:15 a 14:00 horas de lunes a viernes.

**Dirección:** Carretera Panamericana S/N Col. Guadalupe de las Peñas, C.P. 76800, San Juan del Río, Querétaro.

**Teléfono:** 01(427) 27-2-74-51

**Nombre:** Centro Integral de Servicios de la Jurisdicción Sanitaria número 3.

**Horario:** 8:15 a 14:00 horas de lunes a viernes.

**Dirección:** Melchor Ocampo No.1, Colonia Centro, C.P. 76500, Cadereyta, Querétaro.

**Teléfono:** 01(441) 2-76-00-01

**Nombre:** Centro Integral de Servicios de la Jurisdicción Sanitaria número 4.

**Horario:** 8:15 a 14:00 horas de lunes a viernes.

**Dirección:** Carretera San Juan del Río- Xilitla Km. 190. C.P. 76340, Jalpan de Serra, Querétaro.

**Teléfono:** 01 (441) 2-65-10-03, 2-65-10-04.



SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ  
Coordinación Jurídica

-----CERTIFICACIÓN-----

En la Ciudad de Santiago de Querétaro, Querétaro, a los 18 dieciocho días del mes de febrero de 2019 dos mil diecinueve, el que suscribe licenciado Héctor Lee Parra García, Coordinador Jurídico del organismo público descentralizado de la administración estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ), **CERTIFICO** que la presente copia que consta de 9 una fojas útiles, concuerda fiel y exactamente con su original, consistente en el Acuerdo por el que se expiden los lineamientos, horarios y requisitos respecto de los trámites y servicios de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, unidad administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ), suscrito el 15 días del mes de febrero 2019, por el Coordinador General de SESEQ; misma que tuve a la vista y con la cual fue cotejada. Lo anterior con fundamento en lo dispuesto por los artículos 11 fracción V y 15 fracción XIV, del Reglamento Interior de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, publicado en el periódico oficial del Gobierno del Estado de Querétaro, "La Sombra de Arteaga", el pasado día 30 treinta de enero del año 2015 dos mil quince.