

# SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

**DRA. MARÍA MARTINA PÉREZ RENDÓN**, Secretaria de Salud del Poder Ejecutivo del Estado y Coordinadora General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 18, 23 fracción I, 55 fracciones I, V y XIII, de la Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro; artículo 2 fracciones I, II, V y XI, 10 fracciones I, II y VIII del Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ); y artículo 10 fracción VII del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ); y

## CONSIDERANDO

Que el artículo 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su último párrafo que las autoridades en el ámbito de su competencia, deberán de implementar políticas públicas de mejora para la simplificación de regulaciones, trámites y servicios, así como los demás objetivos que establezca la Ley General en la materia, disposición que se replica en el artículo 2 último párrafo de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Querétaro.

Que la Ley General de Mejora Regulatoria, dentro de sus objetivos establece los instrumentos, herramientas, acciones y procedimientos para la implementación de la mejora regulatoria en los gobiernos, siendo que, para contar con un compendio integral que contenga toda la información de los trámites y servicios que prestan las autoridades, se crearon los Registros de Trámites y Servicios, los cuales deben incorporar los requisitos, medios de presentación, formatos, tiempos de respuesta y demás datos que faciliten a los ciudadanos su tramitación.

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 la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios es una unidad administrativa dependiente del organismo público descentralizado de la administración pública estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ) y tiene dentro de sus funciones ejercer las atribuciones en materia de protección contra riesgos sanitarios que le competen, 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 Estado.

Que parte fundamental de la administración pública es el contar con un marco regulatorio que fundamente las disposiciones establecidas para que el ciudadano realice trámites o solicite servicios de gobierno, los cuales deben estar actualizados, fundados y difundidos por los sujetos obligados a la ciudadanía, con el objeto de otorgar seguridad jurídica a las personas, dar transparencia, acceso a la información y facilitar el cumplimiento regulatorio.

Que, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Mejora Regulatoria y la Ley de Mejora Regulatoria del Estado de Querétaro, para mantener actualizado el Registro Estatal de Trámites y Servicios (RETS) referente la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, es necesario adecuar y actualizar 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) de fecha 22 de febrero del 2019.

Que derivado de las reformas, adiciones y derogaciones al Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco, publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha 16 de diciembre de 2022, el cual entró en vigor el 15 de enero de 2023, mismo que regula en su artículo 51 fracción I que cualquier espacio cerrado o de concurrencia colectiva, ahora es obligatoriamente 100 por ciento libre de humo de tabaco y emisiones, por lo que se elimina del presente Acuerdo el servicio denominado "Solicitud de certificación de espacio 100 por ciento libre de humo de tabaco y emisiones".

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 carácter general y observancia 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 (DPCRS), unidad administrativa dependiente del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

**Artículo 2.** Para el 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.
- II. Solicitud de capacitación sanitaria.
- III. Solicitud de opinión técnica en ingeniería sanitaria de salubridad local.
- IV. Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo.
- V. Solicitud de visto bueno para el otorgamiento de licencia de alcoholes.
- VI. Permiso sanitario para el traslado fuera del Estado de Querétaro de cenizas humanas, traslado de cadáver y restos áridos, y exhumación.
- VII. Tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos de establecimientos semifijos, tianguis y ferias.
- VIII. Registro de Centros de Atención Infantil (RECAI).

**Artículo 3.** Las áreas administrativas para la atención de todas las solicitudes de trámites y servicios contenidos en este Acuerdo, serán los Centros Integrales de Servicios (CIS) de las unidades que se mencionan a continuación:

- I. Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
- II. Unidad de Protección Contra Riesgos Sanitarios Jurisdiccional, Jurisdicción Sanitaria No. 1.
- III. Unidad de Protección Contra Riesgos Sanitarios Jurisdiccional, Jurisdicción Sanitaria No. 2.
- IV. Unidad de Protección Contra Riesgos Sanitarios Jurisdiccional, Jurisdicción Sanitaria No. 3.
- V. Unidad de Protección Contra Riesgos Sanitarios Jurisdiccional, Jurisdicción Sanitaria No. 4.

**Artículo 4.** Para efectos del presente Acuerdo se entenderá por:

- I. **Acuerdo:** 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);
- II. **Alta:** Cuando se pretenda iniciar operaciones para algún establecimiento;
- III. **Baja:** Es el caso de baja definitiva del establecimiento comercial o servicio público gubernamental;
- IV. **CUCAI:** Clave Única de Centros de Atención Infantil.
- V. **DPCRS:** Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios;
- VI. **Modificación:** Cuando el solicitante del trámite o servicio informe sobre la actualización o cambio de datos o información;
- VII. **Persona autorizada:** persona que estime pertinente para oír y recibir notificaciones, realizar trámites, gestiones y comparecencias que fueren necesarios para la tramitación de tal procedimiento.

- VIII. **Representante legal:** La representación de las personas físicas o morales ante las autoridades administrativas, deberá acreditarse mediante instrumento público. En el caso de personas físicas, la representación también podrá acreditarse mediante carta poder firmada ante dos testigos, ratificándose las firmas del otorgante y los testigos ante la propia autoridad o fedatario público.
- IX. **SCIÁN:** Número correspondiente del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, empleado para identificar mediante un código y descripción las actividades sujetas al aviso de funcionamiento.
- X. **Servicio:** Cualquier beneficio o actividad que los servidores públicos, en el ámbito de su competencia, brinden a particulares, previa solicitud y cumplimiento de los requisitos aplicables;
- XI. **Trámite:** A cualquier solicitud o entrega de información, avisos, o manifestaciones, que personas físicas o morales del sector privado realicen ante la autoridad competente, ya sea para cumplir una obligación o, en general, a fin de que se emita una resolución.
- XII. **Unidad de salud:** Llamadas de atención primaria o servicios básicos, ofrecen una atención integral que incluye entre sus funciones, la promoción de la salud y de prevención de enfermedades, siempre desde un ámbito más cercano al lugar de residencia de la población a la que atienden.
- XIII. **Visita de verificación sanitaria:** Es el acto mediante el cual se vigila que los establecimientos, actividades, productos y servicios no representen riesgos a la salud de los consumidores.

## CAPÍTULO II DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS

### SECCIÓN I

#### DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE SALUBRIDAD LOCAL

**Artículo 5.** El presente trámite es materia de salubridad local y podrá ser realizado por todas las personas físicas o morales que pretendan iniciar o que cuenten con establecimientos comerciales o brinden servicios públicos gubernamentales, excepto los que estén previstos en el catálogo de actividades del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIÁN) de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

**Artículo 6.** De los plazos.

El plazo para la emisión del acuse de recibo del Aviso de funcionamiento de salubridad local, es inmediato, resolviéndose el mismo día que inicia el trámite siempre y cuando se hayan presentado de forma completa y correcta los requisitos mencionados en el siguiente artículo.

**Artículo 7.** De los requisitos y el medio de presentación.

- A) Para solicitar el trámite en su modalidad de “alta”, el usuario deberá realizarlo de forma presencial, debiendo presentar y exhibir los siguientes documentos:
  - I. Tratándose de personas físicas:
    - a. Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
    - b. Identificación oficial vigente con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
    - c. Constancia de situación fiscal, para cotejo.
    - d. Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
    - e. De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.
    - f. De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.

- II. Tratándose de personas morales:
    - a. Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
    - b. Acta constitutiva en original para cotejo.
    - c. Constancia de situación fiscal, para cotejo.
    - d. Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, 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 vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
    - g. De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
- B) Para solicitar el trámite en su modalidad de “modificación”, el usuario deberá realizarlo de forma presencial, debiendo presentar y exhibir los siguientes documentos:
- I. Tratándose de personas físicas:
    - a. Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
    - b. Identificación oficial vigente con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
    - c. En caso de modificación de domicilio fiscal, constancia de situación fiscal, para cotejo.
    - d. En caso de modificación de domicilio del establecimiento, comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
    - e. De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.
    - f. De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
    - g. Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.
  - II. Tratándose de personas morales:
    - a. Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
    - b. En caso de modificación de domicilio fiscal, constancia de situación fiscal, para cotejo.
    - c. En caso de modificación de domicilio del establecimiento, comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
    - d. Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
    - e. Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
    - f. De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
    - g. Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.
- C) Para solicitar el trámite en su modalidad de “Baja”, el usuario deberá realizarlo de forma presencial, debiendo presentar y exhibir los siguientes documentos:
- I. Tratándose de personas físicas:
    - a. Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
    - b. Identificación oficial vigente con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.

- c. De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.
  - d. De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
  - e. Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.
- II. Tratándose de personas morales:
- a. Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
  - b. Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
  - c. Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
  - d. De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
  - e. Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.

**Artículo 8.** El usuario deberá seguir los siguientes pasos:

- I. Presentarse en las oficinas del CIS en los horarios de atención conforme al Apéndice II del presente Acuerdo.
- II. Al llegar, deberá tomar turno y presentar en la ventanilla del CIS el formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía, (Apéndice I, formato 1) anexo al presente Acuerdo, así como los demás documentos requeridos.
- III. Tras haber entregado los requisitos antes mencionados, el servidor público del CIS revisará que el formato esté debidamente requisitado, que la documentación presentada se encuentre completa y realizará el cotejo de los mismos.
- IV. Una vez validada la documentación presentada, el servidor público del CIS le entregará al usuario el acuse del formato, así como los demás documentos originales utilizados para el cotejo, con esto se da por terminado el trámite.

**Artículo 9.** Si el trámite es un alta el aviso de funcionamiento deberá gestionarse dentro de los quince días hábiles siguientes al inicio de sus actividades. Tratándose de aviso de modificación o baja del establecimiento, deberá realizarse en un plazo no mayor a 30 días hábiles posteriores a que se realice la modificación o baja.

El aviso de funcionamiento en cualquiera de las tres modalidades (alta, modificación o baja) será gratuito y se recibirá únicamente acompañado de los datos y documentos previamente señalados.

**Artículo 10.** De los resultados y la información que deberá de conservar derivada del trámite.

Cuando el servidor público del CIS revise los requisitos y llegasen a estar incompletos o incorrectos a los señalados en el artículo 7 del presente Acuerdo, se le pedirá al usuario, sea persona física o moral revisar la inconsistencia o la omisión para que subsane la deficiencia y realice este trámite.

La vigencia del Aviso de funcionamiento será indefinida, en tanto no se realicen modificaciones en los datos del establecimiento o la baja del mismo, por lo que deberá exhibirlo en el establecimiento para las visitas de verificación sanitaria que se lleguen a generar a su establecimiento.

## SECCIÓN II

### SOLICITUD DE CAPACITACIÓN SANITARIA

**Artículo 11.** De la solicitud de capacitación sanitaria.

Este servicio es para todo el público en general interesado en conocer los lineamientos normativos para las buenas prácticas relacionadas con establecimientos, productos y servicios, solicitando cursos de capacitación sanitaria, entre los brindados por la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

**Artículo 12.** De los plazos.

El plazo para la emisión del acuse de recibo de la “Solicitud de capacitación sanitaria”, será inmediato, resolviéndose el mismo día que inicia la solicitud del servicio, de acuerdo a capacidad.

**Artículo 13.** De los requisitos y el medio de presentación.

**A)** Para solicitar el servicio en su modalidad “presencial” o “en línea”, el usuario deberá realizar la solicitud de forma presencial, debiendo presentar y exhibir los siguientes documentos:

- I. Formato “Solicitud de capacitación sanitaria” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 2 de este Acuerdo) en original y copia.
- II. Comprobante de pago de derechos.
- III. Presentar constancia de situación fiscal, solo en caso de requerir factura.

**B)** El usuario deberá seguir los siguientes pasos:

- I. Presentarse en las oficinas del CIS en los horarios de atención conforme al Apéndice II del presente Acuerdo.
- II. Tomar turno de atención y pasar a ventanilla.
- III. Revisar el calendario del programa de capacitación sanitaria vigente y elegir el curso ofertado. Una vez hecha la elección lo escribe en el formato.
- IV. Entregar el formato y los documentos antes mencionados al servidor público del CIS para su validación.
- V. Realizar el pago de derechos del servicio para posteriormente entregar el comprobante del pago al servidor público del CIS.
- VI. Una vez validada la documentación por el servidor público, el usuario recibe el acuse del formato y los demás documentos originales utilizados para el cotejo.
- VII. El día del curso (modalidad presencial) el usuario deberá presentar una identificación oficial con fotografía para acreditar su identidad y el acuse de la “Solicitud de capacitación sanitaria” correspondiente, ambos para su cotejo.
- VIII. El día del curso (modalidad en línea) el usuario deberá acceder al link que se le hará llegar a través de los datos de contacto proporcionados en la “Solicitud de capacitación sanitaria” y registrar su asistencia.

**C)** El usuario tendrá derecho a recibir la constancia de asistencia al curso dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de realización del curso, siempre y cuando cumpla lo siguiente:

- I. Registro en la lista de asistencia al curso.
- II. Permanencia completa durante el número de horas que dura el curso.
- III. Aplicación de la evaluación inicial y final de conocimientos.
- IV. Calificación mínima aprobatoria de seis en la evaluación final de conocimientos.

**Artículo 14.** La solicitud de capacitación sanitaria se recibirá únicamente en el formato indicado, acompañado de los datos y documentos previamente señalados.

El pago de derechos al que hace referencia el inciso B fracción V del artículo anterior, es por persona y por curso de capacitación.

La capacitación sanitaria en modalidad presencial se realizará en las instalaciones de esta dependencia conforme al calendario establecido.

En caso de que el solicitante requiera que el servicio se imparta en otro domicilio, el traslado del ponente correrá a cargo del solicitante.

El aforo quedara limitado de acuerdo a las particularidades del curso ofertado en el calendario de capacitación sanitaria publicado en el Centro Integral de Servicios.

La capacitación sanitaria modalidad en línea, se realizará mediante el link que sea proporcionado previo a la fecha del curso, mediante correo electrónico y/o número telefónico.

En caso de que alguna persona por cualquier causa no asista al curso en la fecha señalada en la “Solicitud de capacitación sanitaria”, y ya se haya realizado el pago de derechos correspondiente, deberá requerir mediante escrito libre la reprogramación de asistencia a reserva de la disponibilidad de la fecha y curso.

Cuando se considere sustituir a una o más personas ya inscritas en un curso, deberá solicitarlo a la DPCRS mediante escrito libre, registrando el nombre y fecha del curso, así como el nombre completo de la persona inscrita y de quién la sustituye.

Las consideraciones anteriores, así como la fecha límite de la “Solicitud de capacitación sanitaria”, serán por lo menos tres días hábiles antes de la fecha del curso de acuerdo al calendario establecido.

**Artículo 15.** De los resultados y la información que deberá de conservar derivada del trámite o servicio.

La constancia de asistencia al curso tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha de impartición del curso, la cual tendrá que ser conservada para las visitas de verificación sanitaria que se lleguen a generar a su establecimiento.

### SECCIÓN III

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

**Artículo 16.** De la “Solicitud de opinión técnica en ingeniería sanitaria de salubridad local”.

El presente trámite es para las personas físicas o morales interesadas en realizar 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 17.** De los plazos.

Dentro de los 5 días hábiles siguientes al día en que se reciba la solicitud del trámite, se emitirá respuesta consistente en opinión técnica sobre el cumplimiento de la normatividad en materia de salubridad local.

**Artículo 18.** De los requisitos y el medio de presentación.

**A)** Para solicitar el trámite, el usuario deberá realizar la solicitud de forma presencial, debiendo presentar y exhibir los siguientes documentos:

**I.** Tratándose de personas físicas, deberán presentar:

- a.** Formato “Solicitud de opinión técnica en ingeniería sanitaria de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 3 del presente Acuerdo) en original y copia.
- b.** Original de los planos.
- c.** Presentar identificación oficial con fotografía vigente para acreditar la personalidad de quien presenta el trámite para cotejo.
- d.** Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- e.** Comprobante de pago de derechos en copia.

**II.** Tratándose de personas morales, deberán presentar:

- a.** Formato “Solicitud de opinión técnica en ingeniería sanitaria de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 3 del presente Acuerdo) en original y copia.
- b.** Original de los planos.
- c.** Acta constitutiva, en original para cotejo.

- d. Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- e. Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
- f. Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
- g. Comprobante de pago de derechos en copia.

**B)** El usuario deberá seguir los siguientes pasos:

- I. Presentarse en las oficinas del CIS en los horarios de atención conforme al Apéndice II del presente Acuerdo.
- II. Al llegar, deberá tomar turno de atención y pasar a ventanilla.
- III. Entregar el formato y los documentos antes mencionados al servidor público del CIS para su validación.
- IV. Realizar el pago de derechos del servicio para posteriormente entregarlo al servidor público del CIS.
- V. Una vez validada la documentación por el servidor público, recibe el usuario el acuse del formato y demás documentos originales utilizados para el cotejo.

**Artículo 19.** La solicitud de opinión técnica en ingeniería sanitaria se recibirá únicamente en el formato indicado, acompañado de los datos y documentos previamente señalados.

**Artículo 20.** De los resultados y la información que deberá de conservar derivada del trámite o servicio.

Dentro de los 5 días hábiles siguientes al día en que se reciba la solicitud del trámite, 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.

La opinión técnica emitida no tendrá una vigencia determinada, pues será para los fines propios que considere el usuario, por no tener algún alcance y/o repercusión para una visita de verificación sanitaria, ya que no representa un permiso sanitario de construcción.

## SECCIÓN IV

### SOLICITUD DE VISITA DIAGNÓSTICA DE CAMPO NORMATIVO

**Artículo 21.** De la “Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo”.

Este servicio es para todo usuario que realice actividades relacionadas con el procesamiento, expedición o suministro de productos y servicios en establecimientos, que necesite conocer el estado que guarda su establecimiento en operación respecto del cumplimiento del marco normativo en materia sanitaria, para tales efectos podrá solicitar el servicio de visita diagnóstica de campo normativo.

**Artículo 22.** De los plazos.

El plazo para resolver el servicio es a los 20 días hábiles siguientes al día en que se reciba la solicitud de servicio.

**Artículo 23.** De los requisitos y el medio de presentación.

**A)** El usuario del servicio, deberá realizar la solicitud de forma presencial y exhibir los siguientes documentos:

- I. Tratándose de Personas físicas:
  - a. Formato “Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo”, debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 4 del presente Acuerdo) en original y copia.
  - b. Identificación oficial con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
  - c. Constancia de situación fiscal, para cotejo.
  - d. Aviso de funcionamiento del establecimiento o licencia sanitaria , en original para cotejo.



- e. De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.
- f. Comprobante de pago de derechos en copia.

**II. Tratándose de Personas Morales:**

- a. Formato “Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo”, debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 4 del presente Acuerdo) en original y copia.
- b. Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- c. Aviso de funcionamiento del establecimiento o licencia sanitaria, en original para cotejo.
- d. Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
- e. Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
- f. Comprobante de pago de derechos en copia.

**B) El usuario deberá seguir los siguientes pasos:**

- I. Presentarse en las oficinas del CIS en los horarios de atención conforme al Apéndice II del presente Acuerdo.
- II. Al llegar, deberá tomar turno de atención y pasar a ventanilla.
- III. Entrega el formato y los documentos antes mencionados al servidor público autorizado para su validación.
- IV. Realizar el pago de derechos del servicio para posteriormente entregarlo al servidor público del CIS.
- V. Una vez validada la documentación presentada el servidor público entrega acuse del formato al usuario y demás documentos originales utilizados para el cotejo.
- VI. Espera la visita de verificación sanitaria.

**Artículo 24.** La solicitud de visita diagnóstica de campo normativo se recibirá únicamente en el formato indicado, acompañado de los datos y documentos previamente señalados.

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 25.** De los resultados y la información que deberá de conservar derivada del trámite o servicio.

Como respuesta, una vez realizada la visita de verificación sanitaria al establecimiento, se emitirá en un plazo de 10 días hábiles el resultado de la visita diagnóstica en campo normativo, sobre el cumplimiento de la normatividad sanitaria aplicable al establecimiento al momento de realizar la visita de verificación sanitaria.

**Artículo 26.** El resultado de la 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 sanitaria, y dicho resultado se entregará en el Centro Integral de Servicios donde fue realizada su solicitud.

## **SECCIÓN V**

### **SOLICITUD DE VISTO BUENO PARA EL OTORGAMIENTO DE LICENCIA DE ALCOHOLES.**

**Artículo 27.** De la “Solicitud de visto bueno para el otorgamiento de licencia de alcoholes”.

Este trámite es para todo propietario de establecimiento donde se pretendan desarrollar actividades relacionadas con el almacenaje, venta y porteo de bebidas alcohólicas, deberá tramitar la solicitud de visto bueno para el otorgamiento de licencia de alcoholes, así como los permisos correspondientes.

**Artículo 28.** De los plazos.

El plazo para resolver el trámite es de 10 días hábiles siguientes al día en que se realice la visita de verificación sanitaria en el establecimiento.

**Artículo 29.** De los requisitos y el medio de presentación.

**A)** El solicitante del servicio sea persona física o moral, deberá realizar la solicitud de forma presencial debiendo presentar y exhibir los siguientes documentos:

- I. Formato de “Solicitud de visto bueno para el otorgamiento de licencia de alcoholes” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 5 del presente Acuerdo) en original y copia.
- II. Copia del documento emitido por la Dirección de Gobierno de la Secretaría de Gobierno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, que contiene el folio de la solicitud.
- III. Identificación oficial con fotografía del propietario y/o representante legal en caso de persona moral, vigente en original para cotejo.
- IV. Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- V. Aviso de Funcionamiento del establecimiento en original y copia.
- VI. Comprobante de pago de derechos.

**B)** El usuario deberá seguir los siguientes pasos:

- I. Presentarse en las oficinas del CIS en los horarios de atención conforme al Apéndice II de este Acuerdo.
- II. Tomar turno de atención y pasar a ventanilla del CIS.
- III. Entregar el formato y los documentos antes mencionados al servidor público autorizado para su validación.
- IV. Realizar el pago de derechos y entregar el comprobante al servidor público del CIS.
- V. Una vez validada la documentación presentada, el servidor público entrega acuse del formato al usuario y demás documentos originales utilizados para el cotejo.
- VI. Esperar la visita de verificación sanitaria.
- VII. Ya realizada la visita de verificación sanitaria, se le notificará a la parte interesada el resultado de la visita de verificación sanitaria dentro del plazo indicado en el artículo 30 de este Acuerdo.
- VIII. Posteriormente el servidor público autorizado remite la opinión técnica a la Dirección de Gobierno de la Secretaría de Gobierno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro.

**Artículo 30.** Dentro de los 5 cinco días hábiles siguientes al día en que se reciba la solicitud de visto bueno, se realizará la 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 sanitaria y como resultado del dictamen interno, se notificará a la parte interesada el resultado de la visita de verificación sanitaria y se remitirá el visto bueno a la Dirección de Gobierno de la Secretaría de Gobierno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro considerando el tiempo de resolución plasmado en el artículo 28 de este acuerdo.

La solicitud de visto bueno 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 31.** De los resultados y la información que deberá de conservar derivada del trámite o servicio.

La Solicitud 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 del Estado de Querétaro, resuelva sobre el otorgamiento de la licencia.

## SECCIÓN VI

### PERMISO SANITARIO PARA EL TRASLADO FUERA DEL ESTADO DE QUERÉTARO DE CENIZAS HUMANAS, TRASLADO DE CADÁVER Y RESTOS ÁRIDOS, Y EXHUMACIÓN.

**Artículo 32.** Del “Permiso sanitario para el traslado fuera del estado de Querétaro de cenizas humanas, traslado de cadáver y restos áridos, y exhumación”.

Este trámite es para el público en general que requiera obtener un permiso sanitario para el traslado fuera del estado de Querétaro de cenizas humanas, traslado de cadáveres y restos áridos o bien el permiso sanitario para una exhumación en el estado de Querétaro.

**Artículo 33.** De los plazos.

El permiso será entregado al solicitante el mismo día en que lo trámite, siempre y cuando cumpla con los requisitos señalados en el siguiente artículo.

**Artículo 34.** De los requisitos y el medio de presentación.

Para solicitar el trámite, el usuario deberá realizarlo de forma presencial, debiendo presentar y exhibir los siguientes documentos:

**A)** Para el permiso sanitario de traslado de cenizas fuera del estado de Querétaro el solicitante deberá exhibir los siguientes documentos:

- I. Acta de defunción en original y copia.
- II. Identificación oficial con fotografía vigente del familiar responsable del traslado en original para cotejo.
- III. En caso de que el familiar no sea el que realice el traslado y el trámite, y designe a otra persona para que lo realice, ésta deberá contar con original de la carta poder otorgada por el familiar, asentando la vía de traslado a utilizar ya sea aérea, marítima o terrestre.
- IV. Permiso de cremación.

El permiso sanitario de traslado de cenizas fuera del estado de Querétaro no tiene costo, es gratuito.

**B)** Para el permiso sanitario de traslado de cadáver y restos áridos, 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. En caso de que el familiar no sea el que realice el traslado y el trámite, y designe a otra persona para que lo realice, ésta deberá contar con original de la carta poder otorgada por el familiar, asentando la vía de traslado a utilizar ya sea aérea, marítima o terrestre.
- IV. Pago de derechos.
- V. Presentar constancia de situación fiscal, solo en caso de requerir factura.

**C)** Para el permiso sanitario de exhumación, 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 de solicitar la exhumación en original para cotejo.
- III. En caso de que el familiar no sea el que realice el trámite, y designe a otra persona para que lo realice, ésta deberá contar con original de la carta poder otorgada por el familiar.
- IV. Pago de derechos.
- V. Presentar constancia de situación fiscal, solo en caso de requerir factura.

El usuario deberá seguir los siguientes pasos:

- I. Presentarse en las oficinas del CIS en los horarios de atención conforme al Apéndice II de este Acuerdo.
- II. Tomar turno, entregar en ventanilla los documentos requisitados.

- III. Una vez entregados los requisitos antes mencionados el servidor público del CIS revisará que la documentación presentada se encuentre completa y realizará el cotejo de los mismos.
- IV. Con los datos de los documentos presentados, el servidor público del CIS requisitará el formato en el sistema y emitirá el permiso correspondiente.

**Artículo 35.** El interesado en obtener el permiso deberá proporcionar al servidor público asignado para la atención del trámite, 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; traslado de cadáver y restos áridos; y exhumación”.

**Artículo 36.** De los resultados y la información que deberá de conservar derivada del trámite o servicio.

El permiso tendrá una vigencia de 15 días naturales, el cual se deberá conservar para los fines que haya sido solicitado o para la autoridad que lo requiera.

## SECCIÓN VII

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

**Artículo 37.** De la “Tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos en establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias”.

Este trámite es para todo interesado en expender o suministrar alimentos y bebidas a la población en establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias en el Estado de Querétaro, para tales efectos deberá contar con la “Tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos en establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias” expedida por la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios de SESEQ, y se brindará de forma gratuita.

La tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos de establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias solo se podrá tramitar en los CIS de las unidades mencionadas en el artículo 3 de las fracciones de la II a la V del presente Acuerdo.

**Artículo 38.** De los plazos.

Es de forma inmediata después de haber cumplido con los requisitos indicados.

**Artículo 39.** De los requisitos y el medio de presentación.

Para este trámite el usuario lo realizará de forma presencial, debiendo presentar y exhibir los siguientes documentos:

**A)** El solicitante deberá exhibir los siguientes documentos:

- I. Identificación oficial vigente original.
- II. Una fotografía tamaño infantil reciente.

**B)** El usuario deberá seguir los siguientes pasos:

- I. Para solicitud de una y hasta nueve tarjetas:
  - a. Presentarse en cualquiera de los Centros Integrales de Servicios de las Unidades de Protección Contra Riesgos Sanitarios Jurisdiccional, en los horarios de atención conforme al Apéndice II de este Acuerdo, para que le sea indicada la unidad de salud a la que deberá acudir con los documentos requeridos en el inciso que antecede.

- b. Acudir a la Unidad de Salud, tomar turno y entregar en la ventanilla los documentos indicados para cotejo.
- c. Una vez entregados los documentos el servidor público de la unidad de salud le indicará la fecha, lugar y hora en donde deberá presentarse a tomar la plática "Buenas prácticas de higiene en la preparación de alimentos".
- d. Presentarse a la plática en la fecha, lugar y hora indicada con los documentos requeridos anteriormente y se registra en la lista de asistencia.
- e. Al terminar la plática el usuario presenta los documentos requeridos para su cotejo y el instructor le otorga la tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos en establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias.

II. Para solicitud de diez o más tarjetas:

- a. Presentarse en cualquiera de los Centros Integrales de Servicios de las Unidades de Protección Contra Riesgos Sanitarios Jurisdiccional, en los horarios de atención conforme al Apéndice II del presente Acuerdo, para que le sea indicada la unidad de salud a la que deberá acudir con los documentos indicados en el inciso que antecede.
- b. Presentar escrito libre dirigido al Director de Protección Contra Riesgos Sanitarios en donde indique la propuesta de fecha, hora y lugar de la plática requerida para el otorgamiento de la tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos en establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias, así mismo deberá indicar los datos de contacto del solicitante: nombre completo, teléfono y correo electrónico.
- c. En un lapso no mayor a 10 días hábiles la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios se pondrá en contacto con el solicitante a través de los medios de comunicación proporcionados en el escrito libre ingresado, en donde le informaran la fecha, lugar y hora designada para la plática requerida para el otorgamiento de la tarjeta de control sanitaria para manejador de alimentos en establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias.
- d. Presentarse a la plática en la fecha, lugar y hora indicada con los documentos requeridos anteriormente y se registra en la lista de asistencia.
- e. Al terminar la plática el usuario presenta los documentos requeridos para su cotejo y el instructor le otorga la tarjeta de control sanitario para manejador de alimentos en establecimientos semifijos, tianguis, eventos y ferias".

**Artículo 40.** 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 en caso de requerirse haberse sometido a las pruebas diagnósticas y tratamiento médico solicitado por la unidad de salud.

Para el desarrollo de fiestas y ferias, de acuerdo a los calendarios previamente establecidos con 30 días de anticipación, se publicarán en los Centros Integrales de Servicios de las Unidades de Protección Contra Riesgos Sanitarios Jurisdiccionales los sitios, fechas y horarios.

**Artículo 41.** De los resultados y la información que deberá de conservar derivada del trámite o servicio.

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.

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, la cual conservará durante su vigencia para cualquier visita de verificación sanitaria a la que sea sujeto su establecimiento.

## SECCIÓN VIII

### REGISTRO DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL

**Artículo 42.** Del Registro de Centros de Atención Infantil (RECAI).

Los Centros de Atención del sector público, social o privado que presten servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil en el estado de Querétaro, deberán inscribirse en el “Registro de Centros de Atención Infantil”.

**Artículo 43.** De los plazos.

El trámite es gratuito y se resolverá favorablemente, una vez validado se emitirá un correo electrónico con su Clave Única de Registro de Centros de Atención Infantil (CUCAI) en un plazo máximo de 15 días hábiles.

**Artículo 44.** De los requisitos y el medio de presentación.

Los Centros de Atención del sector público, social o privado establecidos en el Estado de Querétaro, deberán realizar el Registro Estatal de Centros de Atención Infantil por vía internet a través de la página oficial de SESEQ.

A) El solicitante deberá cumplir los siguientes requisitos:

- I. El solicitante del registro deberá proporcionar vía internet, de manera enunciativa más no limitativa la información requerida en el formato disponible en la página oficial de SESEQ.
- II. Aviso de funcionamiento del establecimiento expedido por la COFEPRIS.
- III. En caso de que el establecimiento cuente con el servicio de preparación de alimentos, deberá contar con aviso de funcionamiento del comedor expedido por la COFEPRIS.

B) El usuario deberá seguir los siguientes pasos:

- I. Ingresar a la página oficial de SESEQ y en la sección “Sector Salud” seleccionar “Protección Riesgos Sanitarios” y en la casilla “Trámites” localizar el “Registro de Centros de Atención Infantil (RECAI)”, a continuación, dar clic en “ir al servicio”.
- II. Dar clic en “Registro” y deberá capturar la información solicitada.
- III. En un lapso no mayor a 15 días hábiles, el solicitante recibirá en el correo proporcionado su Clave Única de Registro de Centro de Atención Infantil (CUCAI).

**Artículo 45.** De los resultados y la información que deberá de conservar derivada del trámite o servicio.

El trámite se resolverá favorablemente después de haber cubierto los requisitos indicados previamente, expidiéndose en favor del interesado la Clave Única de Registro de Centro de Atención Infantil (CUCAI).

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 julio de cada año.

La dirección en la que se encontrará la liga electrónica para el trámite estará ubicada en la página web como portal oficial de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

## CAPÍTULO III

### DE LOS HORARIOS Y OFICINAS DE ATENCIÓN

**Artículo 46.** 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 II, 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 trámite y/o servicio.

## CAPÍTULO IV

### DEL COSTO DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO Y LA FORMA DE PAGO

**Artículo 47.** La cantidad a pagar por el usuario por los trámites o servicios recibidos en los establecimientos de salud que dependan de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, será la establecida por el tabulador que para tal efecto se publique en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro "La Sombra de Arteaga".

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

Los pagos deberán ir acompañados del formato o de los formatos requisitados del trámite y/o servicio a pagar, junto con la constancia de situación fiscal, en caso de requerir factura.

## CAPÍTULO V

### DE LOS FORMATOS

**Artículo 48.** Los usuarios de los trámites y servicios brindados por cualquiera de los establecimientos de salud que dependan de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, deberán presentar para su atención, los formatos con su respectiva guía que para tal efecto se agregan al presente Acuerdo en el Apéndice I.

## CAPÍTULO VI

### DE LA PROTESTA CIUDADANA

**Artículo 49.** El usuario tendrá derecho a presentar protesta ciudadana como mecanismo para inconformarse respecto al incumplimiento de lo regulado en el presente Acuerdo ante la Comisión de Mejora Regulatoria o de forma electrónica en la página oficial de la Comisión de Mejora Regulatoria del Estado de Querétaro.

## 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, tendrán un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente de la publicación de este Acuerdo, para efectuar el trámite.

**QUINTO.** - El trámite denominado "Solicitud de visto bueno para el otorgamiento de licencia de alcoholes", se mantendrá vigente hasta en tanto la autoridad competente realice la simplificación del trámite para el otorgamiento de licencia de alcoholes.

**SEXTO.** - 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 sede de la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, en la Ciudad de Santiago de Querétaro, Qro., el día 15 de mayo del año 2024.

Rúbrica

**DRA. MARÍA MARTINA PÉREZ RENDÓN.**

**SECRETARIA DE SALUD DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO  
Y COORDINADORA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO.**

**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 I

Formato 1. Aviso de funcionamiento de salubridad local.



SECRETARÍA DE  
SALUD • SESEQ

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE SALUBRIDAD LOCAL

FOLIO (USO EXCLUSIVO DE LA DPCRS):

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE LA GUÍA DE LLENADO Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.  
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O COMPUTADORA

1. SELECCIONE LA MODALIDAD:														
ALTA <input type="checkbox"/>				MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>				BAJA <input type="checkbox"/>						
2. DATOS DEL PROPIETARIO (DATOS FISCALES):														
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 CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO					
3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:														
DENOMINACIÓN COMERCIAL														
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)								COLONIA						
MUNICIPIO				LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA				
ENTRE CALLE				Y CALLE		TELÉFONO CELULAR			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.									
REPRESENTANTE LEGAL					C.U.R.P. (OPCIONAL)					CORREO ELECTRÓNICO				
PERSONA AUTORIZADA					C.U.R.P. (OPCIONAL)					CORREO ELECTRÓNICO				
4. 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 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 442 212 10 87, EXT 10 Y 23

**GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL FORMATO DE AVISO DE  
FUNCIONAMIENTO DE SALUBRIDAD LOCAL.**

Llenar con letra de molde legible o computadora.

**1 Seleccione con una X la Modalidad**

- Alta.
- Modificación.
- Baja.

**2 Datos del Propietario (Datos fiscales)**

**Nombre del propietario (persona física) o razón social (persona moral):**

- Nombre del propietario en caso de persona física o razón social en caso de persona moral, tal y como se dio de alta ante el (SAT) Servicio de Administración Tributaria. Ejemplo: Juan José Pérez Gómez (si se trata de persona física) o anotar el nombre de la razón social, ejemplo: Distribuidora Mexicana S.A. de C.V. (si se trata de persona moral) Sin usar comillas.

**R.F.C:**

- Registro Federal de Contribuyentes completo de la persona física o persona moral, tal y como está registrado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Para personas físicas inicia con 4 letras y personas morales inicia con 3. No olvide indicar la homoclave.

**Domicilio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio fiscal y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**Colonia**

- Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el domicilio fiscal.

**Municipio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el domicilio fiscal.

**Localidad:**

- Localidad en donde se encuentra el domicilio fiscal.

**Código postal:**

- Número completo del código postal que corresponda al domicilio fiscal.

**Entidad federativa**

- Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el domicilio fiscal.

**Entre calle y calle:**

- Entre que calle y calle se encuentra el domicilio fiscal.

**Teléfono celular:**

- Clave lada, teléfono y extensión. Ejemplo (442) + teléfono local + Extensión. Es importante que el(los) número(s) de teléfono que proporcione correspondan preferentemente al propietario y en caso de persona moral, el del Representante Legal.

**Correo electrónico:**

- Dirección electrónica, email o correo electrónico del propietario, o en caso de persona moral el del representante legal.

**3 Datos del establecimiento****Denominación comercial:**

- Es el nombre mediante el cual se identifica al establecimiento comercialmente al público en general.

**Domicilio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio del establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**Colonia:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el establecimiento.

**Municipio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento.

**Localidad:**

- Localidad en donde se encuentra el establecimiento.

**Código postal**

- Número completo del código postal que corresponda al establecimiento.

**Entidad federativa**

- Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el establecimiento.

**Entre calle y calle:**

- Entre que calle y calle se encuentra el domicilio del establecimiento.

**Teléfono celular:**

- Clave lada, teléfono y extensión. Ejemplo (442) + teléfono local + Extensión. Es importante que el(los) número(s) de teléfono que proporcione corresponda al del establecimiento.

**Correo electrónico:**

- Dirección electrónica, email o correo electrónico del establecimiento.

**Horario:**

- Días y horario en que labora el establecimiento.

**Fecha de inicio de actividades:**

- Fecha en que apertura el establecimiento.

**Clave S.C.I.A.N.:** número correspondiente del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, empleado para identificar mediante un código y descripción las actividades sujetas al aviso de funcionamiento.

**Descripción del S.C.I.A.N.:**

- Descripción completa y sin modificar de la(s) actividad(es) que realiza el establecimiento correspondiente a la clave SCIAN Seleccionada. Consulte el Catalogo de actividades del Sistema

de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN) publicado en la página de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.

**Representante legal:**

- La representación de las personas físicas o morales ante las autoridades administrativas, deberá acreditarse mediante instrumento público. En el caso de personas físicas, la representación también podrá acreditarse mediante carta poder firmada ante dos testigos, ratificándose las firmas del otorgante y los testigos ante la propia autoridad o fedatario público.

**Persona autorizada:**

- Persona que estime pertinente para oír y recibir notificaciones, realizar trámites, gestiones y comparecencias que fueren necesarios para la tramitación de tal procedimiento.

**C.U.R.P. (opcional):**

- La Clave Única de Registro de Población es un código único de identidad de 18 caracteres utilizado para identificar oficialmente tanto a residentes como a ciudadanos mexicanos de todo el país (solo personas físicas).

**4 Descripción de la actividad:**

- Relatar las actividades que desarrolla en su establecimiento.

Conforme a la Ley Estatal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, **usted deberá indicar si está de acuerdo o no, en hacerlos públicos.**

**Nombre completo y firma del propietario o representante legal:**

- Nombre completo del propietario o representante legal del establecimiento y firma autógrafa.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA MODALIDAD DE "ALTA":**

**PERSONA MORAL:**

- Formato "Aviso de funcionamiento de salubridad local" debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
- Acta constitutiva en original para cotejo.
- Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
- Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
- Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
- De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.

**PERSONA FÍSICA:**

- Formato "Aviso de funcionamiento de salubridad local" debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
- Identificación oficial vigente con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
- Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
- De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.

- De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA MODALIDAD DE “MODIFICACIÓN”:****PERSONA MORAL:**

- Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
- En caso de modificación de domicilio fiscal, constancia de situación fiscal, para cotejo.
- En caso de modificación de domicilio del establecimiento, comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
- Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
- Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
- De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
- Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.

**PERSONA FÍSICA:**

- Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
- Identificación oficial vigente con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
- En caso de modificación de domicilio fiscal, constancia de situación fiscal, para cotejo.
- En caso de modificación de domicilio del establecimiento, comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 4 meses, pudiendo ser cualquier recibo de servicio público de agua o energía eléctrica, en original para cotejo.
- De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.
- De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
- Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA MODALIDAD DE “BAJA”:****PERSONA MORAL:**

- Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
- Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
- Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
- De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
- Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.

**PERSONA FÍSICA:**

- Formato “Aviso de funcionamiento de salubridad local” debidamente requisitado de acuerdo a su guía (Apéndice I, formato 1 de este Acuerdo) en original y copia.
- Identificación oficial vigente con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
- De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.
- De realizar el trámite persona autorizada se solicita Identificación oficial vigente con fotografía, en original para cotejo.
- Original de Aviso de funcionamiento de salubridad local.

**Formato 2. Solicitud de capacitación sanitaria.****SOLICITUD DE CAPACITACIÓN SANITARIA**

No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA DPCRS)

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE LA GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES.  
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O COMPUTADORA.

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO				
DENOMINACIÓN COMERCIAL				
DOMICILIO				
CALLE		NÚMERO		COLONIA
EXT.		INT.	CÓDIGO POSTAL	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA		
NOMBRE DEL PROPIETARIO				
TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		
2.- CURSO O TALLER QUE SOLICITA* Llene un formato por cada tema de su interés				
TEMA (NOMBRE DEL CURSO):				
FECHA DEL CURSO:		MODALIDAD: En línea <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/>		
NOMBRE COMPLETO DE LOS ASISTENTES				
1.-		6.-		
2.-		7.-		
3.-		8.-		
4.-		9.-		
5.-		10.-		

**NOTA**

EN CASO DE REQUERIR FACTURA DEBERÁ ANEXAR A SU SOLICITUD COPIA DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL.

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

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SOLICITANTE

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 442 212 10 87, EXT 10 Y 23

## GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL FORMATO DE SOLICITUD DE CAPACITACIÓN SANITARIA

### 1 Datos del establecimiento.

**Denominación comercial:**

- Es el nombre mediante el cual se identifica el establecimiento comercialmente al público en general.

**Domicilio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio fiscal y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**Calle:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el establecimiento.

**Número:**

- Número exterior y en caso de contar con número o letra interior.

**Colonia:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el establecimiento.

**Código postal:**

- Número completo del código postal que corresponda al establecimiento.

**Municipio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento.

**Entidad federativa**

- Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el establecimiento.

**Nombre del propietario (persona física) o razón social (persona moral):**

- Nombre del propietario en caso de persona física o razón social en caso de persona moral, tal y como se dio de alta ante el (SAT) Servicio de Administración Tributaria. Ejemplo: Juan José Pérez Gómez (si se trata de persona física) o anotar el nombre de la razón social, ejemplo: Distribuidora Mexicana S.A. de C.V. (si se trata de persona moral) Sin usar comillas.

**Teléfono celular:**

- Número telefónico a diez dígitos. *Ejemplo 442 000 0000.*  
Es importante que el número de teléfono que proporcione corresponda al solicitante.

**Correo electrónico:**

- Dirección electrónica, email o correo electrónico del solicitante.

### 2 Curso o taller que solicita

**Tema (nombre del curso):**

- De acuerdo con el calendario de cursos ofertados por la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, escriba el nombre del curso que sea de su interés (\* Llene un formato por cada tema).

**Fecha del curso:**

- De acuerdo con el calendario de cursos ofertados por la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios anote la fecha programada del curso que sea de su interés.

**Elija la modalidad del curso:**

- Seleccione la modalidad del curso, no sin antes consultar si está disponible en el calendario de cursos ofertados por la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

**Nombre completo de los asistentes:**

- Anote el nombre completo de él o los participantes en el curso.

Conforme a la Ley Estatal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, **usted deberá indicar si está de acuerdo o no, en hacerlos públicos.**

**Nombre completo y firma del solicitante:**

- Nombre completo del solicitante y firma autógrafa.

#### **REQUISITOS DOCUMENTALES PARA PERSONA FÍSICA O PERSONA MORAL**

- Formato "Solicitud de capacitación sanitaria" debidamente requisitado de acuerdo a esta guía, en original y copia.
- Comprobante de pago de derechos, cabe señalar que el pago de derechos es por persona y por curso de capacitación.
- Presentar constancia de situación fiscal, solo en caso de requerir factura.



Formato 3. Solicitud de opinión técnica en ingeniería sanitaria de salubridad local.



SECRETARÍA DE  
SALUD • SESEQ

SOLICITUD DE OPINIÓN TÉCNICA EN INGENIERÍA SANITARIA DE SALUBRIDAD LOCAL

FOLIO (USO EXCLUSIVO DE LA DPCRS):

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE LA GUÍA DE LLENADO Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.  
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O COMPUTADORA

1. DATOS DEL PROPIETARIO (DATOS FISCALES)									
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 CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO		
2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO									
DENOMINACIÓN COMERCIAL									
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)				COLONIA			MUNICIPIO		
LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL			ENTIDAD FEDERATIVA		
TELÉFONO		CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO					
3. DESCRIPCIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN									

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, 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 442 212 10 87, EXT. 10 Y 23.

## GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL FORMATO DE SOLICITUD DE OPINIÓN TÉCNICA EN INGENIERÍA SANITARIA DE SALUBRIDAD LOCAL

**1**

### Datos del Propietario (Datos fiscales)

#### Nombre del propietario (persona física) o razón social (persona moral):

- Nombre del propietario en caso de persona física o razón social en caso de persona moral, tal y como se dio de alta ante el (SAT) Servicio de Administración Tributaria. Ejemplo: Juan José Pérez Gómez (si se trata de persona física) o anotar el nombre de la razón social, ejemplo: Distribuidora Mexicana S.A. de C.V. (si se trata de persona moral) Sin usar comillas.

#### R.F.C.:

- Registro Federal de Contribuyentes completo de la persona física o persona moral, tal y como está registrado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Para personas físicas inicia con 4 letras y personas morales inicia con 3. No olvide indicar la homoclave.

#### Domicilio:

- Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio fiscal y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

#### Colonia

- Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el domicilio fiscal.

#### Municipio:

- Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el domicilio fiscal.

#### Localidad:

- Localidad en donde se encuentra el domicilio fiscal.

#### Código postal:

- Número completo del código postal que corresponda al domicilio fiscal.

#### Entidad federativa

- Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el domicilio fiscal.

#### Entre calle y calle:

- Entre que calle y calle se encuentra el domicilio fiscal.

#### Teléfono celular:

- Clave lada, teléfono y extensión. Ejemplo (442) + teléfono local + Extensión. Es importante que el(los) número(s) de teléfono que proporcione correspondan preferentemente al propietario y en caso de persona moral, el del Representante Legal.

#### Correo electrónico:

- Dirección electrónica, email o correo electrónico del propietario, o en caso de persona moral el del representante legal.

2

**Datos del establecimiento****Denominación comercial:**

- Es el nombre mediante el cual se identifica al establecimiento comercialmente al público en general.

**Domicilio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio del establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**Colonia:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el establecimiento.

**Municipio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento.

**Localidad:**

- Localidad en donde se encuentra el establecimiento.

**Código postal**

- Número completo del código postal que corresponda al establecimiento.

**Entidad federativa**

- Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el establecimiento.

**Teléfono y/o celular:**

- Clave lada, teléfono y extensión. Ejemplo (442) + teléfono local + Extensión. Es importante que el(los) número(s) de teléfono que proporcione corresponda al del establecimiento.

**Correo electrónico:**

- Dirección electrónica, email o correo electrónico del establecimiento.

3

**Descripción de la Construcción.**

- Describir la construcción, ampliación o remodelación del establecimiento a verificar.

Conforme a la Ley Estatal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, **usted deberá indicar si está de acuerdo o no, en hacerlos públicos.**

**Nombre completo y firma del propietario o representante legal:**

- Nombre completo del propietario o representante legal del establecimiento y firma autógrafa.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PERSONA MORAL:**

- Formato de "Solicitud de Opinión técnica en ingeniería sanitaria de salubridad local" debidamente requisitado de acuerdo a esta guía, en original y copia.
- Original de los planos.
- Acta constitutiva, en original para cotejo.
- Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- Presentar identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
- Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
- Comprobante de pago de derechos en copia.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PERSONA FÍSICA:**

- Formato "Solicitud de opinión técnica en ingeniería sanitaria de salubridad local" debidamente requisitado de acuerdo a su guía, en original y copia.
- Original de los planos.
- Presentar identificación oficial con fotografía vigente para acreditar la personalidad de quien presenta el trámite para cotejo.
- Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- Comprobante de pago de derechos en copia.

**Formato 4. Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo.**



SECRETARÍA DE  
**SALUD • SESEQ**

**SOLICITUD DE VISITA DIAGNÓSTICA DE CAMPO NORMATIVO**

FOLIO (USO EXCLUSIVO DE LA DPCRS):

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.  
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE 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>															
LÍNEA 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 (DATOS FISCALES)</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 O CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO					
<b>4. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:</b>															
DENOMINACIÓN COMERCIAL															
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA)										COLONIA					
MUNICIPIO				LOCALIDAD				CÓDIGO POSTAL		ENTIDAD FEDERATIVA					
ENTRE CALLE				Y CALLE				TELÉFONO O CELULAR		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.											
<b>5. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</b>															
DÍAS Y HORA EN QUE PUEDE RECIBIR A LA AUTORIDAD SANITARIA PARA REALIZAR LA VISITA															

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 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  
PRESENTANTE 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 442 212 10 87 EXT. 10 y 23

**GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL FORMATO DE SOLICITUD DE VISITA DIAGNOSTICA  
DE CAMPO NORMATIVO**

Llenar con letra de molde legible o computadora.

**1 El Giro de servicio que usted ofrece.**

- Seleccione solo un giro con una X

**2 Tipo de proceso.**

- Seleccione con una X

**3 Datos del Propietario (Datos fiscales)****Nombre del propietario (persona física) o razón social (persona moral):**

- Nombre del propietario en caso de persona física o razón social en caso de persona moral, tal y como se dio de alta ante el (SAT) Servicio de Administración Tributaria. Ejemplo: Juan José Pérez Gómez (si se trata de persona física) o anotar el nombre de la razón social, ejemplo: Distribuidora Mexicana S.A. de C.V. (si se trata de persona moral) Sin usar comillas.

**R.F.C:**

- Registro Federal de Contribuyentes completo de la persona física o persona moral, tal y como está registrado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Para personas físicas inicia con 4 letras y personas morales inicia con 3. No olvide indicar la homoclave.

**Domicilio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio fiscal y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**Colonia:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el domicilio fiscal.

**Municipio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el domicilio fiscal.

**Localidad:**

- Localidad en donde se encuentra el domicilio fiscal, no aplica para el Distrito Federal.

**Código postal**

- Número completo del código postal que corresponda al domicilio fiscal.

**Entidad federativa**

- Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el domicilio fiscal.

**Entre calle y calle:**

- Entre que calle y calle se encuentra el domicilio fiscal.

**Teléfono celular:**

- Clave lada, teléfono y extensión. Ejemplo (442) + teléfono local + Extensión. Es importante que el(los) número(s) de teléfono que proporcione correspondan preferentemente al propietario y en caso de persona moral, el del Representante Legal.

**Correo electrónico:**

- Dirección electrónica, email o correo electrónico del propietario, o en caso de persona moral el del representante legal.

4

**Datos del establecimiento****Denominación comercial:**

- Es el nombre mediante el cual se identifica al establecimiento comercialmente al público en general.

**Domicilio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio del establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**Colonia:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el establecimiento.

**Municipio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento.

**Localidad:**

- Localidad en donde se encuentra el establecimiento.

**Código postal**

- Número completo del código postal que corresponda al establecimiento.

**Entidad federativa**

- Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el establecimiento.

**Entre calle y calle:**

- Entre que calle y calle se encuentra el domicilio del establecimiento.

**Teléfono o celular:**

- Clave lada, teléfono y extensión. Ejemplo (442) + teléfono local + Extensión. Es importante que el(los) número(s) de teléfono que proporcione corresponda al del establecimiento.

**Correo electrónico:**

- Dirección electrónica, email o correo electrónico del establecimiento.

**Horario:**

- Días y horario en que labora el establecimiento.

**Fecha de inicio de actividades:**

- Fecha en que apertura el establecimiento.

**Clave S.C.I.A.N.:** número correspondiente del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, empleado para identificar mediante un código y descripción las actividades sujetas al aviso de funcionamiento.

**Descripción del S.C.I.A.N.:**

- Descripción completa y sin modificar de la(s) actividad(es) que realiza el establecimiento correspondiente a la clave SCIAN Seleccionada. Consulte el Catalogo de actividades del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIÁN) publicado en la página de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios para conocer el listado de las claves SCIAN.

5

**Descripción de la actividad.**

- Relatar las actividades que desarrolla en el proceso a verificar.

**Días y hora en que puede recibir a la autoridad sanitaria para realizar la visita:**

- Especifique días y hora en que el propietario o representante legal podrá recibir y atender al verificador para la realización de la visita de verificación sanitaria, la cual deberá ser en días hábiles de lunes a viernes y dentro del horario de 8:00 a 15:30 horas.

Conforme a la Ley Estatal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, **usted deberá indicar si está de acuerdo o no, en hacerlos públicos.**

**Nombre completo y firma del propietario o representante legal:**

- Nombre completo del propietario o representante legal del establecimiento y firma autógrafa.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PERSONA MORAL:**

- Formato "Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo", debidamente requisitado de acuerdo a su guía, en original y copia.
- Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- Aviso de funcionamiento del establecimiento o licencia sanitaria, en original para cotejo.
- Instrumento notarial donde conste el poder del representante legal, en original para cotejo.
- Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal, en original para cotejo.
- Comprobante de pago de derechos en copia.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PERSONA FÍSICA:**

- Formato "Solicitud de visita diagnóstica de campo normativo", debidamente requisitado de acuerdo a su guía, en original y copia.
- Identificación oficial con fotografía del propietario del establecimiento, en original para cotejo.
- Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- Aviso de funcionamiento del establecimiento o licencia sanitaria, en original para cotejo.
- De realizar el trámite un representante legal del propietario, deberá presentar carta poder ante dos testigos e identificación oficial vigente con fotografía en copia.



Formato 5. Solicitud de visto bueno para el otorgamiento de licencia de alcoholes.



SOLICITUD DE VISTO BUENO PARA EL OTORGAMIENTO DE LICENCIA DE ALCOHOLES

FOLIO (USO EXCLUSIVO DE LA DPCRS):	
------------------------------------	--

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE LA GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS.  
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O COMPUTADORA.

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

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 442 212 10 87, EXT 10 Y 23

**GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL FORMATO DE SOLICITUD DE VISTO BUENO PARA EL OTORGAMIENTO DE LICENCIA DE ALCOHOLES.**

Llenar con letra de molde legible o computadora.

**1**

**Datos del establecimiento**

**Denominación Comercial:**

- Es el nombre mediante el cual se identifica al establecimiento comercialmente al público en general.

**R.F.C:**

- Registro Federal de Contribuyentes completo de la persona física o persona moral, tal y como está registrado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Para personas físicas inicia con 4 letras y personas morales inicia con 3. No olvide indicar la homoclave.

**Domicilio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio del establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**No. de Folio de Alcoholes:**

- Oficio otorgado por la Secretaría de Gobierno, en donde figura el No. de folio y domicilio del establecimiento, en donde se ofrecerá el servicio de bebidas alcohólicas.

**Colonia:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el establecimiento.

**Municipio:**

- Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento.

**Localidad:**

- Localidad en donde se encuentra el establecimiento.

**Entidad federativa**

- Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el establecimiento.

**Código postal**

- Número completo del código postal que corresponda al establecimiento.

**Teléfono celular:**

- Clave lada, teléfono y extensión. Ejemplo (442) + teléfono local + Extensión. Es importante que el(los) número(s) de teléfono que proporcione corresponda al del establecimiento.

**Correo electrónico:**

- Dirección electrónica, email o correo electrónico del establecimiento.

**2**

**Elaboración de croquis.**

**Elabore el croquis para la ubicación del establecimiento:**

- Detallar la ubicación del establecimiento entre que calles se encuentra, así como puntos de referencia para mejor ubicación.

**Observaciones para la ubicación del establecimiento:**

- Detallar puntos extras de referencia para mejor ubicación.

Conforme a la Ley Estatal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, **usted deberá indicar si está de acuerdo o no, en hacerlos públicos.**

**Nombre completo y firma del propietario o representante legal:**

- Nombre completo del propietario o representante legal del establecimiento y firma autógrafa.

**REQUISITOS DOCUMENTALES:**

- Formato de "Solicitud de visto bueno para el otorgamiento de Licencia de Alcoholes" requisitado de acuerdo a esta guía, en original y copia.
- Copia del documento emitido por la Dirección de Gobierno de la Secretaría de Gobierno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, que contiene el folio de la solicitud.
- Identificación oficial con fotografía del propietario y/o representante legal en caso de persona moral, vigente en original para cotejo.
- Constancia de situación fiscal, para cotejo.
- Aviso de Funcionamiento del establecimiento en original y copia.
- Comprobante de pago de derechos.

**APÉNDICE II.**

**Directorio de trámites y/o servicios brindados por los Centros Integrales de Servicios que dependen de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.**

- A) 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 Servicios de Salud del Estado de Querétaro

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

**Dirección:** Ocampo No. 19 sur, Col. Centro Histórico, Santiago de Querétaro, C.P. 76000.

**Teléfono:** 442-212-1087; 442-214-0639; 442-212-4355 Ext. 10 y/o 23;

- B) Para la atención de todos los trámites:**

**Nombre:** Centro Integral de Servicios de la Unidad de Protección Contra Riesgos Sanitarios. Jurisdicción Sanitaria No. 1.

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

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

**Teléfono:** 442-213-70-16.

**Nombre:** Centro Integral de Servicios de la Unidad de Protección Contra Riesgos Sanitarios. Jurisdicción Sanitaria No. 2.

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

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

**Teléfono:** 427-272-74-51

**Nombre:** Centro Integral de Servicios de la Unidad de Protección Contra Riesgos Sanitarios. Jurisdicción Sanitaria No. 3.

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

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

**Teléfono:** 441-276-00-01

**Nombre:** Centro Integral de Servicios de la Unidad de Protección Contra Riesgos Sanitarios. Jurisdicción Sanitaria No. 4.

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

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

**Teléfono:** 441-265-10-03 y 442-265-10-04.