**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

1. **CENTRO PARA EL CONTROL ESTATAL**
2. **DE MEDICAMENTOS, EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**
3. **(CECMED)**
4. **TRÁMITE DE SOLICITUD DE OBTENCIÓN, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LAAUTORIZACIÓN SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SANGRE (ASES).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PARA USO EXCLUSIVO DEL CECMED** | | | | |
| 1. Número de entrada: | 1. Fecha de recepción: 2. (aaaa-mm-dd) | | 1. Firma: | |
| 1. **EVALUACIÓN PRELIMINAR** | | | | |
| 1. TIPO DE TRÁMITE: 2. Solicitud de ASES Renovación de ASES Modificación de ASES | | | | |
| 1. Realizada por: | | 1. Fecha: 2. (aaaa-mm-dd) | | 1. Firma: |
| 1. **Decisión** | 1. **Notificada a** | | 1. **Fecha** | |
| 1. Aceptación |  | | 1. (aaaa-mm-dd) | |
| 1. Rechazo |  | | 1. (aaaa-mm-dd) | |
| 1. **PARA USO DEL SOLICITANTE** | | | | |
| 1. Nombre del titular de la ASES: | | | | |
| 1. Teléfono(s): | 1. Fax: | | 1. Correo electrónico: | |
| 1. Dirección del titular de la ASES: | | | | |
| 1. Nombre y dirección de la persona de contacto para el trámite: | | | | |
| 1. Teléfono(s): | 1. Fax: | | 1. Correo electrónico: | |
| 1. Operación(es) para la(s) que se solicita la ASES: | | | | |
| 1. ADJUNTOS: Expediente Maestro del Establecimiento de Sangre SI NO 2. Fecha: (aaaa-mm-dd) | | | | |
| 1. **PARA LOS CASOS DE RENOVACIÓN DE LA ASES:** | | | | |
| 1. Autorización Sanitaria No.: | | 1. Vigente hasta: | | |
| 1. ADJUNTOS: Expediente Maestro del Establecimiento de Sangre SI NO 2. Fecha: (aaaa-mm-dd) | | | | |
| 1. **PARA LOS CASOS DE MODIFICACIÓN DE LA ASES:** | | | | |
| 1. Autorización Sanitaria No.: | | 1. Vigente hasta: | | |
| 1. Justificación de la modificación solicitada: | | | | |
| 1. Aspectos que se modifican: | | | | |
| 1. ADJUNTOS: Expediente Maestro del Establecimiento de sangre SI NO 2. Fecha: (aaaa-mm-dd) | | | | |

1. El solicitante del Registro Sanitario del Establecimiento de Sangre **DECLARA** que la información antes descrita es verídica y coincide exactamente con la documentación que se adjunta.
2. Fecha de la solicitud: (aaaa-mm-dd)
3. Firma del solicitante: