**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: