



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



Agencia de
Protección
Sanitaria



Área de
**Atención
Ciudadana**

Folio: [Redacted]

Clave de formato: TAPS-DSSCP_PSE_1.

NOMBRE DEL TRÁMITE: Permiso Sanitario para Embalsamamiento

Ciudad de México, a [Redacted] de [Redacted] de [Redacted]

Director General de la Agencia de Protección Sanitaria
Presente

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo, con relación al 311 del Código Penal, ambos del Distrito Federal.

Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales (**Nombre del Sistema de Datos Personales**) el cual tiene su fundamento en (**Fundamento legal que faculta al ente público para recabar los datos personales**), cuya finalidad es (**Describir la finalidad del Sistema**) y podrán ser transmitidos a (**Destinatario y finalidad de la transmisión**), además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal. Con excepción del teléfono particular, los demás datos son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite (**Indicar el trámite o servicio de que se trate**). Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del Sistema de Datos Personales es (**Nombre del responsable del Sistema**), y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es (**Indicar el domicilio de la Oficina de Información Pública correspondiente**). El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono 56 36 46 36; correo electrónico: datospersonales@infodf.org.mx o en la página www.infodf.org.mx.

DATOS DEL INTERESADO (PERSONA FÍSICA O MORAL)

Nombre o razón social de la embalsamadora: [Redacted]

Domicilio de la embalsamadora: [Redacted]

Nombre del embalsamador: [Redacted]

Nombre del prestador de servicios funerarios que realiza el trámite: [Redacted]

Nombre o razón social de la funeraria: [Redacted]

Se realiza la supervisión documental del embalsamamiento en fecha: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

A las [Redacted] horas [Redacted]

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre: [Redacted]

Edad: [Redacted] Género: Masculino [Redacted] Femenino [Redacted]

CAUSA (S) DEL FALLECIMIENTO

[Redacted]

Fecha y hora de la defunción:

Caso legal: SI No

Con autopsia previa: SI No

Nombre o razón social donde se realizó la autopsia:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE TRÁMITES FUNERARIOS

Siendo las _____ horas del ____ de _____ de 201 ____, el médico _____ lleva a cabo la supervisión documental del embalsamamiento del cadáver arriba mencionado en la embalsamadora señalada.

OBSERVACIONES DE LA TÉCNICA DE CONSERVACIÓN QUE UTILIZÓ LA EMBALSAMADORA, CONFORME A LA SUPERVISIÓN DOCUMENTAL

REQUISITOS

*Carta Poder firmada ante dos testigos e identificación oficial del interesado y de quien realiza el trámite.

* Este formato de solicitud

* Certificado de defunción

FUNDAMENTO JURÍDICO

*Ley General de Salud, artículos 348 y 375 fracción V.

* Ley de Salud del Distrito Federal, artículos 110 inciso i, 121 Fr. II, y 160.

*Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres Humanos, artículos 100 fracción V; 105, 106, 107, 115 y 121.

* Reglamento de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal, artículos 5 fracción I inciso S, 17 fracción I inciso E.

Costo: Artículo, fracción, inciso, subinciso **SIN COSTO**
del Código Fiscal del Distrito Federal

Documento a obtener **Permiso Sanitario**

Vigencia del documento a obtener **Hasta la ejecución del traslado, inhumación, cremación o internación del cadáver.**

Observaciones **Este trámite deberá realizarse a los cadáveres cuyo destino final sea posterior a las 48 horas o requiera ser trasladado a una distancia mayor a 300 km de la Ciudad de México. El gestor funerario deberá contar con la carta poder correspondiente del familiar del occiso que comparta apellidos (los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante) o aquel disponente secundario (cónyuges o concubinos) que lo comprueben con documento oficial.**

Nombre y firma del solicitante

LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL TRÁMITE PERMISO
SANITARIO PARA EMBALSAMAMIENTO, DE FECHA ____ DE ____ DE ____.

El interesado entregará la solicitud por duplicado y conservará un ejemplar para acuse de recibo que contenga sello original y firma autógrafa del servidor público que recibe.

Nombre y firma del médico supervisor

Sello de recepción

Área

Nombre

Cargo

Firma



QUEJAS O DENUNCIAS

QUEJATEL LOCATEL 56 58 11 11, HONESTEL 55 33 55 33.

DENUNCIA irregularidades a través del **Sistema de Denuncia Ciudadana** vía Internet a la dirección electrónica <http://www.anticorrupcion.df.gob.mx/index.php/sistema-de-denuncia-ciudadana>