



Folio: \_\_\_\_\_

Clave de formato: TDEPP\_SRE\_3

NOMBRE DEL TRÁMITE:

**Solicitud para Registro del Centro de Atención de Adicciones con Modalidad Residencial**

Profesional	<input type="checkbox"/>	Ayuda Mutua	<input type="checkbox"/>	Mixto	<input type="checkbox"/>	Alternativo	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------	--------------------------	-------------	--------------------------

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

Director(a):

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 de la Ciudad de México

**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 el cual tiene su fundamento en \_\_\_\_\_, y cuya finalidad es \_\_\_\_\_ y podrán ser transmitidos a \_\_\_\_\_, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal. Con excepción del teléfono y correo electrónico particulares, los demás datos son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite

Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso salvo excepciones previstas en la ley. El responsable del Sistema de Datos Personales es \_\_\_\_\_, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es \_\_\_\_\_. 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 CENTRO DE ATENCIÓN DE ADICCIONES**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Denominación o razón social del centro \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. Exterior \_\_\_\_\_ No. Interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de actividades \_\_\_\_\_

Nombre del encargado o responsable \_\_\_\_\_

Nombre del propietario y/o dueño y/o director \_\_\_\_\_

El encargado o responsable es usuario rehabilitado Si  No

En caso afirmativo; cuenta con un año de experiencia como encargado y dos años de antigüedad en el proceso de rehabilitación:  
Si  No  Nombre del propietario y/o dueño y/o Director: \_\_\_\_\_

Domicilio para oír y recibir notificaciones: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA MORAL**

Acta Constitutiva: Número \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Notaria \_\_\_\_\_ Folio registral \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal y/o apoderado legal (en su caso): \_\_\_\_\_

Identificación oficial vigente: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Instrumento con el que se acredita la representación: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Notario: \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Entidad Federativa: \_\_\_\_\_

TIPO DE INSTITUCIÓN			
Pública:	<input type="checkbox"/>	Privada:	<input type="checkbox"/>

TIPO DE ADICCIÓN QUE ATIENDE			
Alcohol	<input type="checkbox"/>	Cocaina	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Mariguana	<input type="checkbox"/>
Inahalables	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique)	<input type="text"/>

CATEGORIAS			
Por edad:		Por género:	
Niñ@s	<input type="checkbox"/>	Adultos	<input type="checkbox"/>
Adolescentes	<input type="checkbox"/>	Hombres	<input type="checkbox"/>
		Mujeres	<input type="checkbox"/>

COSTOS DEL SERVICIO			
Gratuito	<input type="checkbox"/>	Donativo	<input type="checkbox"/>
Cuota fija	<input type="checkbox"/>	Costo semanal	<input type="checkbox"/>
Otros pagos	<input type="checkbox"/>	Cuota de Recuperación	<input type="checkbox"/>
		Cantidad	<input type="checkbox"/>

DÍAS Y HORARIOS DE SERVICIO			
Lunes - Viernes	<input type="checkbox"/>	Toda la semana	<input type="checkbox"/>
Horario	<input type="text"/>	Horario	<input type="text"/>
Duración del tratamiento	<input type="text"/>		

COBERTURA			
Local	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Municipal	<input type="checkbox"/>	Estatad	<input type="checkbox"/>
Nacional	<input type="checkbox"/>	Internacional	<input type="checkbox"/>

POBLACION QUE ATIENDE			
Derechohabiente	<input type="checkbox"/>	Poblacion no asegurada	<input type="checkbox"/>
		Seguro de gastos medicos	<input type="checkbox"/>

TIPOS DE INGRESOS QUE MANEJA			
Voluntario	<input type="checkbox"/>	Involuntario	<input type="checkbox"/>
		Obligatorio	<input type="checkbox"/>

CAPACIDAD			
Capacidad instalada	<input type="text"/>	Poblacion actual	<input type="text"/>

REQUISITOS			
	SI	NO	ORIGINAL O COPIA
Acta constitutiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R.F.C. de la persona moral solicitante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviso de funcionamiento (Tramitado ante COFEPRIS).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Directorio de instituciones y servicios para la canalización de usuarios (proporcionado por el IAPA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testimonio actualizado y avalado por quien lo emite, en el que se haga constar que el encargado (a) cuenta con dos años de antigüedad en el proceso de rehabilitación (para centros de ayuda mutua y mixtos); y/o antidoping con vigencia no menor a 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cédula profesional del médico que apoya al centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartel con los derechos de los usuarios visible (lonas del IAPA) y cartel de los criterios de exclusión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descripción del tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoja de ingreso de usuarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formato de consentimiento informado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formato de egreso de usuarios			
Croquis de la distribución de las áreas del establecimiento y memoria fotográfica de las instalaciones (con todas las áreas).			
Que cuente con un servicio de quejas y sugerencias (buzón, formatos y bitácora de seguimiento).			
Planes y Programas en materia de protección civil			
Carta responsiva de seguridad estructural, en el que se manifieste bajo protesta de decir verdad que el inmueble cumple con las condiciones de seguridad.			
Programa general de Trabajo			
Ambiente y acciones que promuevan la participación activa del usuario			
Reglamento Interno			
Manuales técnico-administrativos			
Guía operativa de referencia y contra-referencia			
Menú de alimentos			
Cronograma de actividades por género y grupo etario			
Programa Interno de Protección Civil avalado por la alcaldía			
Notificaciones al SISVEA			
Personal capacitado y suficiente			
Cartel de los Derechos de los usuarios y criterios de exclusión			
Carta compromiso de continuidad de tratamiento			
Formato de confidencialidad			
Formato de no permitir grabaciones de audio, video o fotografías sin que exista consentimiento			

**CROQUIS DE LOCALIZACIÓN**



Norte

Dibujar a tinta y regla, especificando el nombre de las cuatro calles que delimitan la manzana donde se localiza el condominio o conjunto condominal, el número de la calle que le corresponde y la entrada principal si consta de varias.

Costo:	Sin costo
Fundamento Jurídico	Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Ciudad de México Artículo 50, 51, 58, 59, 64 fracción VIII Estatuto Orgánico del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México Artículo 27 Norma Oficial Mexicana NOM-028- SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las adicciones Lineamientos para el Reconocimiento de los Servicios Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Registro al Centro de Atención de Adicciones ante el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.
Documento a obtener	
Tiempo máximo de respuesta	Variable
Vigencia del documento a obtener	1 año
Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta	No

Observaciones

En la solicitud el Representante Legal del Centro de Atención de Adicciones, manifiesta bajo protesta de decir verdad que cumple con los requisitos y la normatividad aplicable para la obtención del Registro. El plazo es variable y corre a partir de que el centro ya cumplió con todos los requisitos documentales; durante este proceso se programará la visita, se harán los requerimientos necesarios entre estos la presentación o actualización de documentos y emitir resolución de procedencia o improcedencia del Registro. La vigencia del Registro sera de un año, mismo que se deberá solicitar la revalidación 15 días antes de su vencimiento. El formato TDEPP\_SRE\_1 deberá ser presentado para la solicitud de Registro al Centro de Atención de Adicciones en la Modalidad No residencial (Ambulatoria Profesional). El formato TDEPP\_SRE\_3 deberá ser presentado para la solicitud de Registro al Centro de Atención de Adicciones en la Modalidad Residencial.

REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

**LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL TRÁMITE DE SOLICITUD PARA EL REGISTRO AL CENTRO DE ATENCIÓN DE ADICCIONES CON MODALIDAD RESIDENCIAL, 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.**

Recibió (para ser llenado por la autoridad)	
Área	
Nombre	
Cargo	
Firma	

Sello de recepción



## 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.cdmx.gob.mx/index.php/sistema-de-denuncia-ciudadana>