



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Folio:
Clave de formato: TIZTAPALAPA_API_3

NOMBRE DEL TRÁMITE

AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL PARA UNIDADES HOSPITALARIAS

Ciudad de México, a

de

de

Alcalde

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 de la Ciudad de México y con relación al 311 del Código Penal para el 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 Sistema Integral de Ventanilla Única, el cual tiene su fundamento en la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal vigente, el Acuerdo por el que se Establecen Procedimientos Únicos para la Atención de Trámites y Servicios, el Acuerdo por el que se Establecen las Atribuciones de las Ventanillas Únicas Delegacionales y el Acuerdo por el que se Expide el Manual de Trámites y Servicios al Público del Distrito Federal, todos los Acuerdos publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 2 de Julio de 2012, y cuya finalidad es el resguardo y el adecuado control de los asuntos, para acreditar la realización de las diligencias y podrán ser transmitidos a las Áreas Dictaminadoras, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales, en Posesión de Sujetos Obligados, de la Ciudad de México. 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 de **Autorización del Programa Interno de Protección Civil para Unidades Hospitalarias**. 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 la Lic. Alicia Herrera Martínez, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en la Oficina de Información Pública de la Alcaldía de Iztapalapa, ubicada en Aldama No. 63 esquina Ayuntamiento, Barrio San Lucas. El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales, en Posesión de Sujetos Obligados, de la Ciudad de México al teléfono 5636 4636; correo electrónico: datospersonales@infodf.org.mx o en la página www.infodf.org.mx

DATOS GENERALES

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios,

Dependencia a la que pertenece

Nombre de la Unidad Médica

CLUES

Tipo de Unidad Hospitalaria

Página Oficial <http://>

Correo Electrónico

Domicilio

Calle

No. Exterior

No. Interior

Entre calle

y calle

Colonia

Alcaldía

C.P.

Teléfono

UBICACIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA



Datos del Director del Hospital			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono 1		Teléfono 2:	
Datos del Encargado del turno matutino			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono 1		Teléfono 2:	
Datos del Encargado del turno vespertino			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono 1		Teléfono 2:	
Datos del Encargado del turno nocturno			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono 1		Teléfono 2:	
Datos del Encargado en fines de semana			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono 1		Teléfono 2:	
Datos del Encargado en días festivos			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono 1		Teléfono 2:	
Especificaciones del Hospital			
Total de camas censables		Total de camas no censables	
		Índice de ocupación	
Población fija en turno matutino		Población flotante en turno matutino	
Población fija en turno vespertino		Población flotante en turno vespertino	
Población fija en turno nocturno		Población flotante en turno nocturno	
Población fija en fines de semana		Población flotante en fines de semana	
Población fija en días festivos		Población flotante en días festivos	
Fecha de construcción del inmueble		Fecha de inicio de operación de acuerdo al uso actual	
Se han realizado ampliaciones, remodelaciones o reparaciones estructurales al inmueble		SI	NO
De qué tipo		Descripción	
Cuentan con reportes de daños por algún fenómeno		SI	NO
De qué tipo		Descripción	
Número de edificios que componen la Unidad Médica			
Nombre con el que se identifica la Unidad Médica		Número de niveles	
m2 construidos		Total de m2 del predio	
		Total de m2 construidos	
Especialidades con las que cuenta			
Servicios con los que cuenta			

Datos del Representante Legal o Apoderado

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios en caso de actuar en calidad de representante legal, apoderado, mandatario o tutor.

Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Identificación Oficial	Número / Folio	Nacionalidad	

Instrumento o documento con el que acredita la representación

*Especificar si se trata de: Poder General para Pleitos y Cobranzas; para Actos de Dominio; para Actos de Administración, Poder Especial

Número o Folio		Nombre del Notario, Corredor Público o Juez	
Número de Notaría, Correduría o Juzgado		Entidad Federativa	
Folio de Inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio			

Domicilio para oír y recibir notificaciones y documentos en la Ciudad de México

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Calle		No. Exterior		No. Interior	
Colonia		Acaldía			
Correo electrónico		C.P.			

Persona autorizada para oír y recibir notificaciones y documentos

Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	

REQUISITOS

De acuerdo a lo dispuesto en los **TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS INTERNOS DE PROTECCIÓN CIVIL EN UNIDADES HOSPITALARIAS, TR-SPC-004-PIPC- UNIDADES HOSPITALARIAS-2017**, el interesado deberá integrar al Programa Interno de Protección Civil los siguientes documentos:

Formato TIZTAPALAPA_API_3 de datos generales de la unidad hospitalaria, debidamente requisitado en original y una copia simple para acuse.

Documento con el que acredite la personalidad en caso de actuar con carácter de representante legal, mandatario o apoderado, en original y una copia simple.

Planos legibles de ubicación de las señalizaciones de obligación, precaución y prohibitivas o restrictivas.

Evaluación y análisis de riesgos.

Planos legibles señalando las rutas de evacuación, salidas de emergencia y zonas de menor riesgo, puntos de reunión.

Organigrama del Comité Interno de Protección Civil

Croquis donde se identifiquen las brigadas existentes en el inmueble.

Cronograma y bitácora del programa de capacitación de los integrantes del Comité Interno y/o brigadistas del inmueble, deberán contener las constancias vigentes.

Carta responsiva emitida por la empresa que da el servicio especificando que es lo que proporciona, recarga y mantenimiento de extintores. Carta responsiva de extintores.

Cronograma y bitácora de mantenimiento en general, y registro del mantenimiento preventivo y correctivo. Mediante bitácoras. Reforzándolo con reporte fotográfico, fecha y firma del responsable.

Última factura de recarga de extintores.

Planes, manuales y procedimientos de actuación por tipo de riesgo a que está expuesto el inmueble adecuándolos al mismo.

Visto Bueno de Seguridad y Operación y/o Dictamen estructural. Deberá estar firmado por el DRO, y por corresponsable.

Para los recipientes sujetos a presión, generador de vapor o caldera, se requerirá anexar copia de la autorización de las autoridades del Trabajo.

Copia del cuestionario para la clasificación del grado de riesgo de las empresas, industrias o establecimientos a que se refiere el Capítulo III de los Términos de Referencia, con la carta firmada en original.

Dictamen técnico de instalaciones eléctricas emitido por una unidad verificadora y/o por corresponsables de instalaciones.

Factura instalación del sistema de alertamiento sísmico y/o evidencia fotográfica de su instalación y mantenimiento general.

Identificación Oficial del solicitante (Cartilla del Servicio Militar, Cédula Profesional, Credencial para Votar, Pasaporte), en original y una copia simple.

Carta de responsabilidad expedido por el obligado a realizar el Programa Interno del inmueble o corresponsabilidad del tercer acreditado. Carta de corresponsabilidad del tercer acreditado. Que contenga lo siguiente: I. Nombre, domicilio y número de registro vigente del Tercer Acreditado que la expide; II. Vigencia de la carta de corresponsabilidad, la cual no podrá ser inferior a un año; III. Actividades que ampara la carta de corresponsabilidad; IV. Firma original de otorgamiento, y V. Manifestación expresa de la responsabilidad solidaria que tiene el Tercero Acreditado con el obligado y el periodo que comprenda.

Identificación de los sistemas de alertamiento.

Acta Constitutiva (Documento de Integración del Comité Interno de Protección Civil).

Planos legibles señalando la distribución de equipo contra incendios y señalización.

Tabla del código de colores para la identificación de las brigadas.

Registro del mantenimiento y control del equipo de prevención y combate de incendios. Bitácoras con fecha y firmas de responsable del mantenimiento y del responsable del inmueble

Cronograma y bitácora de simulacros. Estos deberán estar sustentados con reporte fotográfico con formato de evaluación del ejercicio y fecha registrado firmado por el responsable.

Planes, manuales y procedimientos de restablecimiento.

Planos legibles de ubicación de los equipos de primeros auxilios. (Botiquines, gabinetes de prevención y combate de incendios y búsqueda y rescate).

Bitácora de incidentes dentro de las instalaciones de la unidad hospitalaria.

Formatos de Inspección rápida visual y física para evaluar daños del inmueble después de una emergencia, siniestro o desastre.

Protocolos y bitácoras de transporte, identificación y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas y residuos peligrosos biológicos infecciosos (R.P.B.I.).

Copia del estudio de impacto ambiental en el caso de las empresas que de conformidad a la Ley Ambiental estén obligadas a ello.

Dictamen técnico de instalaciones de gas L.P. emitido por una unidad verificadora y/o por corresponsables de instalaciones.

Bitácoras de mantenimiento de instalaciones eléctricas, sanitarias, hidráulicas y especiales, del último mes.	Planos legibles de la descripción e identificación de las áreas existentes en el inmueble, señalando cada uno de los riesgos internos
Calendario de capacitación ejercicio (conforme al año corriente).	Control ecológico de plagas vigente.
Responsiva de aplicación de mica antiestallante o factura de vidrios templados.	Oficio de no modificación o cambios estructurales o licencia de construcción especial
Copia de la póliza de seguro.	Comprobante de pago de los derechos correspondientes.

FUNDAMENTO JURÍDICO

Ley del Sistema de Protección Civil del Distrito Federal. Artículos 73, 78, 89, 90, 91, Transitorio 23.	Reglamento de la Ley de Protección Civil para el Distrito Federal. Artículos 23, 24, 26.
Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal. Artículo 39 fracciones LXVIII Y LXIX	Términos de Referencia para la Elaboración de Programas Internos de Protección Civil en Unidades Hospitalarias, TR-SPC-004-PIPC- Unidades Hospitalarias-2017, Publicados en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 2 de Marzo de 2017. Aplica en su totalidad.
Términos de Referencia para la elaboración de Programas Internos de Protección Civil, TR-SPC-001-PIPC-2016. Aplica en su totalidad	

Datos del trámite

Costo:	Código Fiscal de la Ciudad de México. Artículo 258 fracción I, numerales 1 y 2.
Documento a obtener	Autorización
Tiempo máximo de respuesta	30 días naturales
Vigencia del documento a obtener	1 año
Afirmativa o Negativa Ficta	Procede Afirmativa Ficta, No Procede Negativa Ficta

Observaciones

*En caso de que el solicitante desconozca cómo elaborar un Programa Interno de Protección Civil podrá consultar los Términos de Referencia TR-SPC-004-PIPC Unidades Hospitalarias-2017 para la Elaboración de Programas Internos de Protección Civil o en su caso, las Delegaciones asesorarán de manera gratuita a quien lo solicite en la elaboración de los Programas Internos de Protección Civil, así como a los particulares para el cumplimiento de sus obligaciones en la materia.

INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y Firma

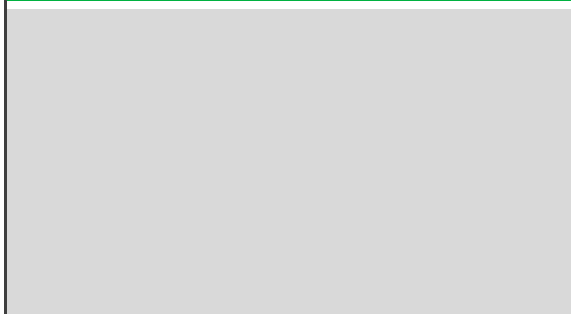
LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL TRAMITE: AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL PARA UNIDADES HOSPITALARIAS NÚMERO DE FOLIO [] DE FECHA DE EXPEDICIÓN [] DE [] DE [] ; CON VIGENCIA AL [] DE [] DE [] .

El interesado entregará la solicitud por duplicado y cuando le sea resuelto el trámite, recibirá un documento, señalando la Autorización correspondiente, igualmente con sello y firma del titular del Área Dictaminadora.

Recibió

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.contraloria.cdmx.gob.mx/pcontraloria/denuncia.php>

Información importante: Este formato es un modelo general de solicitud de un trámite, servicios o actuación de similar naturaleza. En caso de que se requiera incorporar o eliminar información, las dependencias, órganos desconcentrados, órganos político-administrativos y entidades, podrán hacerlo siempre y cuando dicha adición o supresión encuentre sustento en un ordenamiento jurídico y esté validado por la Unidad de Mejora Regulatoria de la Ciudad de México