

**TRÁMITE****Autorización del Programa Interno de Protección Civil para Unidades Hospitalarias**

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Director(a) de Protección Civil**

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 de Registro, control y seguimiento de solicitudes de trámites ante Ventanilla Única, el cual tiene su fundamento en el artículo 39 fracción VII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; el artículo 124 fracción II, VII del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal; 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 Manual de trámites y servicios al público del Distrito Federal, cuya finalidad es la finalidad es dar curso a las solicitudes que ingresan a la ventanilla única delegacional hasta su resolución final, y podrán ser transmitidos a la CDHDF, CGDF, ASCM, INFODF, y a los demás órganos jurisdiccionales en cumplimiento a los requerimientos que en el ejercicio de sus atribuciones realicen, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal.

Los datos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios y sin ellos no podrá completar los requisitos del trámite correspondiente para solicitar la Autorización del Programa Interno de Protección Civil. 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 \_\_\_\_\_, Coordinador de Ventanilla Única Delegacional, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en la Unidad de Transparencia ubicada en la Plaza de la Constitución N°1, planta baja. Colonia Tlalpan Centro, C.P. 14000, Delegación. Tlalpan, México, Distrito Federal, Tel. 55730825 y correo oip.dp.tlalpan@gmail.com

El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono: 5636-4636; correo electrónico:datos.personales@infodf.org.mx owww.infodf.org.mx"

**DATOS GENERALES EN CASO DE UNIDADES HOSPITALARIAS**

\* 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**

Tipo de Calle \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

No. Exterior \_\_\_\_\_

No. Interior \_\_\_\_\_

entre calle \_\_\_\_\_

y calle \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**UBICACIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA**

Datos del Director del Hospital			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono		Teléfono 2:	
Datos del Encargado del turno matutino			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono		Teléfono 2:	
Datos del Encargado del turno vespertino			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono		Teléfono 2:	
Datos del Encargado del turno nocturno			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono		Teléfono 2:	
Datos del Encargado en fines de semana			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono		Teléfono 2:	
Datos del Encargado en días festivos			
Nombre (s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfono		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	SÍ		NO
De qué tipo		Descripción	
Cuentan con reportes de daños por algún fenómeno	SÍ		NO
De qué tipo		Descripción	
Número de edificios que componen la Unidad Médica			
Nombre con el que se identifica el edificio			
Número de niveles		m2 construidos	
Total de m2 del predio		Total de m2 construidos	
Especialidades con las que cuenta			
Servicios con los que cuenta			

**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 TTLALPAN_API_3 de datos generales de la unidad hospitalaria, debidamente requisitado en original y una copia simple para acuse.	Identificación Oficial del solicitante (Cartilla del Servicio Militar, Cédula Profesional, Credencial para Votar, Pasaporte), en original y una copia simple.
Documento con el que acredite la personalidad en caso de actuar con caracter de representante legal, mandatario o apoderado, 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.
Planos legibles de ubicación de las señalizaciones de obligación, precaución y prohibitivas o restrictivas.	Organigrama del Comité Interno de Protección Civil.
Evaluación y análisis de riesgos.	Identificación de los sistemas de alertamiento.
Planos legibles señalando las rutas de evacuación, salidas de emergencia y zonas de menor riesgo, puntos de reunión.	Acta Constitutiva (Documento de Integración del Comité Interno de Protección Civil).
Croquis donde se identifiquen las brigadas existentes en el inmueble.	Planos legibles señalando la distribución de equipo contra incendios y señalización.
Cronograma y bitácora del programa de capacitación de los integrantes del Comité Interno y/o brigadistas del inmueble, deberán contener las constancias vigentes.	Tabla del código de colores para la identificación de las brigadas.
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.	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 mantenimiento en general, y registro del mantenimiento preventivo y correctivo. Mediante bitácoras. Reforzándolo con reporte fotográfico, fecha y firma del responsable.	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.
Última factura de recarga de extintores.	Bitácora de incidentes dentro de las instalaciones de la unidad hospitalaria.
Planes, manuales y procedimientos de actuación por tipo de riesgo a que está expuesto el inmueble adecuándolos al mismo.	Planos legibles de ubicación de los equipos de primeros auxilios. (Botiquines, gabinetes de prevención y combate de incendios y búsqueda y rescate).
Visto Bueno de Seguridad y Operación y/o Dictamen estructural. Deberá estar firmado por el DRO, y por corresponsable.	Planes, manuales y procedimientos de restablecimiento.
Para los recipientes sujetos a presión, generador de vapor o caldera, se requerirá anexar copia de la autorización de las autoridades del Trabajo.	Formatos de Inspección rápida visual y física para evaluar daños del inmueble después de una emergencia, siniestro o desastre.
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.	Protocolos y bitácoras de transporte, identificación y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas y residuos peligrosos biológicos infecciosos (R.P.B.I.).
Dictamen técnico de instalaciones eléctricas emitido por una unidad verificadora y/o por corresponsables de instalaciones.	Copia del estudio de impacto ambiental en el caso de las empresas que de conformidad a la Ley Ambiental estén obligadas a ello.
Factura instalación del sistema de alertamiento sísmico y/o evidencia fotográfica de su instalación y mantenimiento general.	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.	Control ecológico de plagas vigente.
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).
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

Costo: Código Fiscal de la Ciudad de México. Artículo 258 fracción I, numerales 1 y 2.

Servicio a obtener Autorización

Tiempo máximo de respuesta 30 días naturales

Vigencia del documento a obtener 1 año

Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta Procede Afirmativa 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.

SOLICITANTE

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

LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL TRÁMITE AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL EN UNIDADES HOSPITALARIAS, DE FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

El interesado entregará la solicitud y 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/sistem-a-de-denuncia-ciudadana>