

ÁREA RESPONSABLE:

Subdirección de Autorización a Terceros

PROCEDIMIENTO:

Autorización a Terceros

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Coadyuvar a la disminución de accidentes en las vías generales de comunicación, mediante la implementación de políticas, normas y programas en materia de protección y medicina preventiva en el transporte.

OBJETIVO

Resolver las solicitudes de autorización de personas físicas o morales que pretendan prestar los servicios de Medicina Preventiva en el Transporte como médico dictaminador, técnicos en alcoholimetría y técnicos en toma de muestra para análisis toxicológico, mediante la recepción y análisis de la información presentada, vigilando que cumplan con lo previsto en el Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte, con la finalidad de contar con autorizados que presten el servicio de medicina preventiva en el transporte.

LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN

1. Será responsabilidad del Departamento de Operación de Autorizaciones:
 - a. Verificar que toda solicitud de autorización a terceros, sea presentada por el interesado y/o persona acreditada con carta poder y que cumplan con los requisitos.
 - b. Verificar que todo requerimiento de información faltante o aclaración se realice al interesado por única vez, de acuerdo a lo establecido en el artículo 17 A de la Ley Federal del Procedimiento Administrativo.
 - c. Verificar que el solicitante de autorización a tercero, entregue en 10 días hábiles la documentación faltante o aclaración que le requieran.
2. El personal involucrado en las actividades de este procedimiento, se debe de apegar estrictamente a lo establecido en este procedimiento.
3. Será responsabilidad de la Subdirección de Autorización a Terceros:
 - a. Revisar que los autorizados entreguen en tiempo y forma las pólizas requeridas, conforme al Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte, e iniciar los procedimientos de suspensión correspondientes a través de un Procedimiento Administrativo y verificar que se publiquen los suspendidos en la página de internet de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
 - b. Entregar la clave de acceso al sistema electrónico mediante el cual se expiden las constancias de aptitud psicofísicas y coordinar con la Dirección de Planeación y Control la toma de signos biométricos a los Autorizados que la reciban.

ÁREA RESPONSABLE:	Subdirección de Autorización a Terceros
PROCEDIMIENTO:	Autorización a Terceros
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Coadyuvar a la disminución de accidentes en las vías generales de comunicación, mediante la implementación de políticas, normas y programas en materia de protección y medicina preventiva en el transporte.

4. La Dirección de Autorización y Evaluación a Terceros, deberá enviar cada mes, la relación de personas autorizadas como terceros y/o relación de terceros suspendidos, para su publicación en la página de internet de la SCT.
5. La Subdirección de Autorización a Terceros y el Departamento de Operación de Autorizaciones, deberán solicitar a la Dirección General indicaciones respecto a los cursos de competencias médicas, que deben presentar los solicitantes de autorizaciones.
6. Al momento de la recepción del trámite de autorización se les indicará a los solicitantes todos los requerimientos necesarios que están establecidos en las Condiciones de la Autorización y en el Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte.
7. Las situaciones no previstas en este procedimiento se someterán a consulta de la Dirección General Adjunta de Operación y/o a la Dirección General para proceder conforme a lo indicado.
8. Los días que se establecen en el presente procedimiento, se contabilizarán siempre como días hábiles.

ÁREA RESPONSABLE:

Subdirección de Autorización a Terceros

PROCEDIMIENTO:

Autorización a Terceros

DURACIÓN TOTAL:

23 días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
01	Departamento de Operación de Autorizaciones	Recibe solicitud por escrito y anexa la documentación respectiva a la modalidad de autorización que solicita en el Formato de Solicitud Medico Dictaminador MP-313-PR16-P01-F01 , verifica la identidad del solicitante y coteja la documentación original con las fotocopias entregadas.	1 día
02		<p>Revisa y analiza documentación y determina: ¿Requiere aclaraciones o información faltante? No: continúa con la actividad número 06. Si: Elabora oficio de solicitud de aclaración y/o documentación faltante, turna a la Subdirección de Autorización a Terceros para su revisión y rúbrica.</p>	1 día
03	Subdirección de Autorización a Terceros	Recibe oficio de solicitud de aclaración y/o documentación faltante, revisa fundamento jurídico asigna número de oficio, imprime, rubrica y turna a la Dirección de Autorización y Evaluación a Terceros para firma.	1 día
04	Dirección de Autorización y Evaluación a Terceros	Recibe oficio de solicitud de aclaración y/o documentación faltante, firma y envía al Departamento de Operación de Autorizaciones para notificar al interesado.	1 día
05	Departamento de Operación de Autorizaciones	<p>Recibe oficio de solicitud de aclaración y/o documentación faltante, y notifica al solicitante. ¿El solicitante entrega aclaración y/o documentación faltante? Si: Pasa a actividad 06.</p> <p>No: Elabora oficio para desechar el trámite, recaba rúbrica de la Subdirección de Autorización a Terceros, Dirección de Autorización y Evaluación a Terceros, Dirección General</p>	10 días 2 días

ÁREA RESPONSABLE:

Subdirección de Autorización a Terceros

PROCEDIMIENTO:

Autorización a Terceros

DURACIÓN TOTAL:

23 días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
		Adjunta de Operación y firma de la Dirección General. Notifica al solicitante e integra el acuse al expediente y archiva.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	
06		Integra al expediente la documentación y lo turna a la Subdirección de Autorización a Terceros.	1 día
07	Subdirección de Autorización a Terceros	Recibe expediente, revisa que cumpla con lo requerido por el Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte de acuerdo a la modalidad solicitada. y elabora propuesta de oficio de resolución, rúbrica y turna a la Dirección de Autorización y Evaluación a Terceros, para su revisión y rubrica.	2 días
08	Dirección de Autorización y Evaluación a Terceros	Recibe y revisa la propuesta de oficio de resolución, rubrica y turna a revisión de la Dirección General Adjunta de Operación.	1 día
09	Dirección General Adjunta de Operación	Recibe y revisa la propuesta de oficio de resolución, rubrica y turna a firma de la Dirección General.	1 día
10	Dirección General	Recibe, firma y turna resolución al Departamento de Operación de Autorizaciones para su notificación al solicitante.	1 día
11	Departamento de Operación de Autorizaciones	Recibe resolución, notifica al solicitante, recaba acuse y archiva.	1 día
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DR. JOSÉ VALENTE AGUILAR ZINSER
DIRECTOR GENERAL DE PROTECCIÓN Y
MEDICINA PREVENTIVA EN EL TRANSPORTE
p r e s e n t e

ASUNTO: Solicitud de autorización para la prestación de servicios como **Medico Dictaminador**.

1

(**Nombre completo del Médico**), por mi propio derecho y señalando domicilio para oír y recibir todo tipo de documentos y notificaciones, el ubicado en **calle número, colonia, ciudad, estado, código postal**. Así mismo autorizo recibir dichas notificaciones y/o documentos en el correo electrónico; **correo@hotmail.com**.

2

Ante usted con el debido respeto, expongo:

3

PRIMERO.- Que soy mexicano, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades de goce y de ejercicio, me identifico plenamente con acta de nacimiento y **Credencial** con fotografía emitida por **Instituto Federal Electoral**, copias que adjunto al presente escrito.

5

4

SEGUNDO.- Que cuento con título de **Médico Cirujano** expedido por la UNIVERSIDAD **6**, debidamente validado por la Secretaría de Educación Pública, con cedula profesional número: **7**.

6

7

TERCERO.- Que acredito los cursos de competencias médicas determinadas por la Dirección en la evaluación del personal del transporte marítimo, ferroviario y autotransporte, mediante..... **8**.....

8

CUARTO.- Que el domicilio donde se prestará el servicio una vez concedida la **Autorización** es el ubicado en: **calle número, colonia, ciudad, estado, código postal**.

9

QUINTO.- Que declaro bajo protesta de decir verdad que NO soy Servidor Público en activo de la SCT y que los datos manifestados son ciertos y que la SCT se reserva el derecho de verificarlos en cualquier momento.

Con lo anteriormente expuesto y con fundamento en el artículo 8 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, artículos 41, 42, 44 y 45 del Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte, **Solicito Autorización para prestar los servicios como Medico Dictaminador**.

ATENTAMENTE

Dr. (nombre completo del médico) **10**

10

Anexos:

1. Acta de nacimiento original y copia.
2. Copia de identificación.
3. Copia de Cedula profesional.
4. Copia del documento que avala las competencias médicas.
5. Copia de RFC y CURP
6. Pago.

ÁREA RESPONSABLE:

Subdirección de Autorización a Terceros

PROCEDIMIENTO:

Autorización a Terceros

FORMATO:

Solicitud Medico Dictaminador

RESGUARDO:

5 años

GUÍA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Nombre completo del solicitante, iniciando con nombre, apellido paterno y materno.
2	Domicilio para oír y recibir notificaciones del solicitante, debe registrar la calle, el número exterior, número interior, colonia, ciudad, Estado y Código Postal.
3	Correo electrónico del solicitante.
4	Documento mediante el cual se identifica el solicitante.
5	Autoridad que expide el documento mediante el cual se identifica el solicitante.
6	Nombre de la Universidad que expidió el título de Médico Cirujano
7	Número de Cedula Profesional de Médico Cirujano
8	Mencionar el documento mediante el cual se pretende acreditar las competencias médicas.
9	Domicilio donde se va prestar el servicio una vez concedida la Autorización, debe registrar la calle, el número exterior, número interior, colonia, ciudad, Estado y Código Postal.
10	Nombre completo del solicitante, iniciando con nombre, apellido paterno y materno y firma autógrafa.