



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS

“Declaración Única de Pago de Derechos”

Pasos a seguir para que su Declaración General de Pago de Derechos no sea rechazada:

1



1. FORMATO

- Debe ser formato SAT 5 (“Declaración General de Pago de Derechos”).
- Se presentará por triplicado en cualquier sucursal bancaria.

2



2. LLENADO

- Deberá ser llenado a máquina.
- Sin TACHADURAS ó ENMENDADURAS.

3



3. CLAVE

- Cerciérese que sea la clave CORRECTA (ver al reverso).

4



4. CANTIDAD A PAGAR

- Indicar el importe exacto.
- Verificar que el importe quede impreso por la caja registradora en su formato, al igual que el sello.
- La cantidad se indicará con números redondeados, sin puntos, comas, ni guiones.

5



5. PRESENTACIÓN DEL PAGO

- Presentar ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en el D.F., o en los Servicios de Salud en las Entidades Federativas.
- Presentar dos originales que le devuelve el banco y una copia fotostática.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO SAT 5

The image shows a detailed view of the SAT 5 form. Numbered callouts point to the following fields: 1. Top left header area; 2. Top right header area; 3. Identification number field; 4. Period selection fields; 5. Taxpayer name fields; 6. Description of service field; 7. Description of concept field; 8. Key field; 9. Amount to pay field; 10. Total amount field; 11. Amount to pay field; 12. Legal representative data fields; 13. Signature field.

1. SELLO O CERTIFICACIÓN DEL BANCO.- El contribuyente deberá verificar que en sus copias, aparezca claramente el sello y certificación de la caja registradora.

2. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES.- Anotar el registro federal de contribuyentes de acuerdo a la cédula de identificación fiscal.

3. PERÍODO.- Se anotará el período que corresponda al mes en el que efectúe el pago, utilizando 2 números arábigos para el mes y 4 para el año (se repite el mes y año por no ser el pago periódico consecutivo) no se recibirá el pago si omite estos datos.

4. APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) O DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL.- Anotar apellidos y nombre si es persona física y denominación o razón social si es persona moral.

5. SIGLAS.- “S.S.”

6. NOMBRE.- Secretaría de Salud.

7. DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO.- Describir el servicio solicitado (licencias, modificaciones, derechos de publicidad, permisos de importación o exportación, etc.)

8. CLAVE.- Consultar el reverso del formato, para obtener clave respectiva o solicitar clave en el módulo de información o en atención telefónica.

9. CANTIDAD A PAGAR.- Importe según tarifa de derechos vigente, proporcionado en el módulo de información o en atención telefónica. Cantidad redondeada, dentro de recuadro rosa, sin alteraciones, tachaduras ni enmendaduras.

10. TOTAL DE DERECHOS.- Repetir el importe según tarifa vigente o si paga más de un servicio (en cuyo caso deberá considerar la cantidad total fraccionada redondeando al final y colocando el número entero, Art. 6 Ley Federal de Derechos).

11. CANTIDAD A PAGAR.- Repetir el importe según tarifa vigente.

12. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL.- Para personas morales o en caso de ser personas físicas los datos de ellas o de su Representante Legal.

13. FIRMA DEL CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL.- Firma autógrafa según corresponda.