



**Dirección de Planeación,  
Presupuesto y Evaluación**

Un sistema de salud que previene errores y mejora resultados a largo plazo es más económico y socialmente responsables.

Dependencia: Servicios de Salud de Hidalgo  
U. Administrativa: Dirección de Planeación, Presupuesto y Evaluación  
Área Generadora: Subdirección de Información en Salud  
Número de Oficio: DPPE/ 0029

Pachuca de Soto, Hgo., a 09 ENE. 2026

**Asunto:** Requisitos CLUES 2026

**OFICIO CIRCULAR**

**C. Subdirectores Generales, Directores y Titulares de Unidades Administrativas de Servicios de Salud de Hidalgo**

PRESENTE

Con un cordial saludo, y en cumplimiento de la NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Salud, así como de los Lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud y el Manual para el registro en el Catálogo de Establecimientos en Salud, se envían los requisitos necesarios para el trámite de CLUES. Con el fin de garantizar la solidez y confiabilidad del Catálogo, se solicita compartir esta información con las jurisdicciones y unidades bajo su cargo.

Los requerimientos se detallan a continuación:

**1. TIPOS DE TRÁMITES**

- **Alta:** Para unidades nuevas, establecimientos en operación no registrados o cambios de institución responsable (sustituciones). Debe realizarse en un máximo 15 días tras iniciar funciones.
- **Modificación:** Actualización de datos (infraestructura, responsable, nombre, teléfono) que no afecten o cambien la clave, institución, ubicación geográfica o entidad.
- **Baja:** Cierre temporal o definitivo por falta de personal, presupuestal, daño estructural, inseguridad, cambio de institución o demolición. Debe reportarse en la fecha real del cierre.



0029

Por lo cual, es fundamental que el registro de las unidades sea completo y congruente entre la tipología, el estrato, el número de consultorios y el personal que se reporta de forma **permanente** en SINERHIAS.

Lo anterior deberá ser solicitado por la Subdirección General de Prestación de Servicios, integrando la completitud de los requisitos que, con base en el Manual para el registro de información en el Catálogo de establecimientos en Salud CLUES, son los siguientes:

## 2. REQUISITOS OBLIGATORIOS

### a) Alta y Modificación

- **Oficio de solicitud** expedido por la Subdirección General de Prestación de Servicios y dirigido a la Dirección de Planeación, Presupuesto y Evaluación, deberá digitalizarse en formato PDF y contener los siguientes elementos:
  - Tipo de solicitud.
  - Nombre del establecimiento, ubicación, tipo y tipología.
  - Fecha de inicio de operaciones.
  - Motivo de la solicitud. Detallar si existe alguna diferencia entre la información registrada en la solicitud y la documentación adjuntada o si está en trámite en otra instancia.
  - Nombre de quien revisa y valida la información, asegurando que los datos y documentos son correctos y vigentes.
  - Nombre, cargo y firma del remitente.
- **Formato trámite de CLUES** completamente requisitado y con todos los datos cotejados con los Planos de construcción, Plantilla de Personal, Registro Sanitario y toda documentación oficial con la que cuente la unidad.
- **Máscara SINERHIAS** vigente, revisando que cuente con todas las variables correctamente llenadas y cotejadas con la existencia física de la unidad.



- 00029

- **Fotografías** deben ser fachada frontal completa mostrando el acceso principal del mismo y para establecimientos móviles, foto frontal y foto lateral del vehículo.

| CORRECTO                    | INCORRECTO                           |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| ✓ Diurnas, Claras y Nítidas | ✗ Nocturnas o con poca luz           |
| ✓ 1600*1200 pixeles         | ✗ Efectos: 360, panorámicas, collage |
| ✓ JPG, JPEG o PNG           | ✗ En Word, PowerPoint, etc.          |
| ✓ Actualizadas              | ✗ Desactualizadas                    |

- **Plano de Construcción** en caso de estar en el mismo predio que otros establecimientos, presentar un plano o croquis que demuestre la independencia de cada unidad, así como de las áreas y servicios mediante el uso de etiquetas y colores.

| CORRECTO                     | INCORRECTO                    |
|------------------------------|-------------------------------|
| ✓ Claros y Vigentes          | ✗ Desactualizados             |
| ✓ Nombre del establecimiento | ✗ Sin datos de identificación |
| ✓ JPEG o PDF                 | ✗ En Word, PowerPoint, etc.   |
| ✓ Totalidad de Áreas y Camas | ✗ Áreas en blanco             |
| ✓ Mostrar Acceso al inmueble | ✗ Sin señalamientos           |

- **Registro Sanitario:** Aviso de Funcionamiento o Licencia Sanitaria con los todos los datos cotejados con toda la documentación oficial de la unidad, todas las hojas en un solo archivo en formato PDF.
  - Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario del establecimiento de servicios de salud, no se practiquen actos quirúrgicos u obstétricos.
  - Licencia sanitaria, el establecimiento realiza actos quirúrgicos u obstétricos.

*e  
A  
M  
S*



b) Baja

0029

- **Oficio de solicitud,** expedido por la Subdirección General a su digno cargo y dirigido a la Dirección de Planeación, Presupuesto y Evaluación, deberá digitalizarse en formato PDF y contener los siguientes elementos:
  - Tipo de solicitud.
  - Nombre del establecimiento, ubicación, tipo y tipología.
  - Fecha real en la que el establecimiento deja de funcionar.
  - Motivo de la Baja.
  - Detallar en caso de existir, el motivo del retraso en la solicitud de baja si esta es mayor a los 30 días naturales posteriores a cuando deja de dar servicio.
  - Nombre de quien revisa y valida la información, asegurando que los datos y documentos son correctos y vigentes.
  - Nombre, cargo y firma del remitente.

### 3. CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- **Las CLUES no se heredan:** Si una unidad es sustituida por una obra nueva, se debe tramitar una baja y una nueva alta, aun cuando sea en el mismo terreno y/o misma ubicación/georreferencia.
- **Responsabilidad:** Los solicitantes y validadores de los datos, asumen el compromiso de difundir la información de manera veraz.
- **Rechazos:** Solicitudes incompletas serán excluidas y afectarán la evaluación anual del reporte de sistemas.
- **Consulta:** Formatos y guías disponibles en <https://reishgo.ssh.gob.mx/>
- **Solicitud:** Integración del expediente en formato ZIP en <https://soportesis.ssh.gob.mx/>



0029

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

~~ATENTAMENTE~~

~~M.A.P. Sinuhe Jorge Aldrete~~

Subsecretario de Administración, Finanzas y Planeación y Subdirector General de  
Administración, Finanzas y Planeación

*J. J. J.*  
Revisó  
Ing. Nancy Karina Aguilar Badillo  
Encargada de la Subdirección de Información en Salud



Validó  
C. Pablo Abel Moreno Garnica  
Encargado de la Dirección de Planeación,  
Presupuesto y Evaluación

*J. J. J.*  
Revisó  
Lic. Rodolfo Armando Pérez Romero  
Jefe del Departamento de Estadística Estatal

*J. J. J.*  
Elaboró  
M.P.F.C. Ilyen Corina Fernández Vega  
Responsable Estatal de CLUES

Ccp. Dra. J Vanesa Escalante Arroyo - Secretaria de Salud y Directora General de Servicios de Salud de Hidalgo  
Ccp. L.C. César Enrique Miranda Miranda - Titular del Organismo Interno de Control  
Ccp. Lic. Raúl Morón Flores - Director Jurídico y de Derechos Humanos