



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD

AGENCIA DE PROTECCIÓN  
SANITARIA

# GUÍA DE AUTOVERIFICACIÓN PARA AMBULANCIAS QUE OTORGAN SERVICIOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO: AMBULANCIA DE URGENCIAS AVANZADAS

**Dirección:** Avenida Insurgentes Norte 423, San Simón  
Tolnáhuac, Cuauhtémoc, C.P. 06920, Ciudad de México.  
**Teléfono:** 55-5741-0590, 55-5038-1700 Ext. 5814.  
**Correo Electrónico:** agonzalezd@cdmx.gob.mx

CIUDAD INNOVADORA  
Y DE DERECHOS



# INTRODUCCIÓN

Los servicios de Emergencia Médica abarcan muchas áreas de atención de emergencia, en donde se incluye TRIAGE, la evaluación, manejo y el transporte de pacientes desde el lugar donde ocurre la lesión, enfermedad o desastres naturales, hasta su llegada a un centro de atención de emergencia (la atención extrahospitalaria o prehospitolaria), así como la gestión dentro del servicio de urgencias.

Los sistemas de Servicios de Emergencia Médica se remontan al siglo XVIII cuando el cirujano jefe de Napoleón, Barron Larrey, redujo la mortalidad al transportar rápidamente a los soldados heridos a los hospitales de campaña.

En México la atención prehospitolaria especializada del paciente en estado crítico se inició el 28 de marzo de 1982. Los primeros años de operación de estas unidades se encontraba integrado por un médico especialista en medicina crítica; un médico general (para auxiliar al especialista en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento) y un paramédico para operar el vehículo y asistir a los médicos.

El Gobierno de la Ciudad de México, tiene como objetivo primordial garantizar que el servicio prestado por las unidades móviles para la atención prehospitolaria de urgencias médicas de los sectores público, social y privado en su modalidad de “Ambulancia” sea de calidad, por lo que es elemental la verificación periódica por parte de la autoridad sanitaria de las condiciones en las que se prestan los servicios; con la finalidad de prevenir que se ponga en riesgo la vida e integridad de los usuarios, generando mayor seguridad a la población de la Entidad mediante la vigilancia y control sanitario de estas unidades, además de incentivar la observancia de la normativa sanitaria vigente en aquellos prestadores que la incumplen.

El 31 de diciembre de 2021 se publicó en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el “AVISO POR EL QUE SE DA A CONOCER EL CALENDARIO PARA LA VERIFICACIÓN SANITARIA DE AMBULANCIAS ÁREAS Y TERRESTRES PARA EL AÑO 2022”, para que los prestadores de atención médica prehospitolaria de urgencias médicas de los sectores público, social y privado que brinden el servicio de traslado de pacientes ambulatorios para la atención de urgencias y el traslado de pacientes en estado crítico a través de ambulancias aéreas o terrestres, a partir del 1° de enero de 2022, sometan sus unidades móviles a una verificación sanitaria en términos de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud, Atención Médica Prehospitolaria ante esta Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México a través de su Coordinación de Servicios de Salud y de Cuidados Personales para en su caso, obtener su dictamen técnico y calcomanía correspondientes.

La presente Guía tiene como objeto informar sobre los elementos mínimos que deben cumplir las unidades móviles tipo ambulancia con base en la normativa sanitaria aplicable, para garantizar que los servicios que prestan son de calidad y seguros para sus usuarios.

Por otro lado, sirve como medio de difusión para que la población en general esté enterada sobre los requisitos que deben cumplir los propietarios o responsables de ambulancias cuando oferten un servicio.



## MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, regulación de los servicios de salud, atención médica prehospitalaria.
- Ley de Salud de la Ciudad de México.
- Reglamento para regulación de vehículos de uso como ambulancias de circulan en la Ciudad de México así como del personal técnico que presta sus servicios en la materia.
- Protocolo actualizado para la regularización de vehículos públicos y privados de uso como ambulancia y personal técnico que circulan y prestan servicios en la Ciudad de México.



# CONTENIDO DE LA GUÍA

- I. DISPOSICIONES GENERALES.
- II. INFRAESTRUCTURA DE LAS AMBULANCIAS TERRESTRES, TRASLADO, URGENCIAS BÁSICAS Y DE CUIDADOS INTENSIVOS.
- III. RECURSOS VÍSICOS Y EQUIPAMIENTO DE AMBULANCIAS AÉREAS Y TERRESTRES DE TRASLADO, URGENCIAS BÁSICAS URGENCIAS AVANZADAS Y DE CUIDADOS INTENSIVOS.
- IV. RECURSOS FÍSICOS Y EQUIPAMIENTO DE AMBULANCIAS AÉREAS Y TERRESTRES DE URGENCIAS BÁSICAS, URGENCIAS AVANZADAS Y DE CUIDADOS INTENSIVOS.
- V. RECURSOS FÍSICOS Y EQUIPAMIENTO DE AMBULANCIAS AÉREAS Y TERRESTRES DE URGENCIAS AVANZADAS Y DE CUIDADOS INTENSIVOS.
- VI. PERSONAL.
- VII. RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS (R.P.B.I).



**FICHA DE IDENTIFICACIÓN: AMBULANCIA DE URGENCIAS AVANZADAS.  
MARCA LA RESPUESTA (SI / NO) SI CUMPLES O NO Y  
REGISTRA LA INFORMACIÓN SOLICITADA.**

	CUENTAS O CUMPLEAS		OBSERVACIONES
Aviso de funcionamiento (número)	SI	NO	
Nombre del Propietario y/o razón social	SI	NO	
Teléfono	SI	NO	
Correo electrónico	SI	NO	
Denominación rotulada en el vehículo	SI	NO	
Número de serie	SI	NO	
Número de motor	SI	NO	
Marca	SI	NO	
Modelo	SI	NO	
Matrícula	SI	NO	
Folio de Licencia Tipo E3 (conductor)	SI	NO	
Número de Tarjeta de Circulación de la Unidad	SI	NO	

**MARCA LA RESPUESTA (SI / NO) SI CUMPLES O NO CON:**

I. DISPOSICIONES GENERALES					
1. Cuenta con Aviso de Funcionamiento de Ambulancia y de Responsable Sanitario				SI	NO
2. Los siguientes datos de la unidad corresponden con los de la tarjeta de circulación:					
	Número de Motor	Número de serie	Marca	SI	NO
	Modelo	Placas			
3. Cuenta con Dictamen Técnico previo (en caso de tenerlo).				SI	NO
4. Cuentan con un rótulo en donde se especifique la institución a la que pertenecen o razón social y el número económico de la unidad, en material reflejante y en color contrastante con el vehículo, ubicado en los costados y en la parte posterior de la unidad, con caracteres de tamaño no menor a 8 centímetros y en el toldo del vehículo con caracteres de tamaño no menor a 40 centímetros.				SI	NO
5. Cuenta con protocolos escritos, o manuales de procedimientos, avalados y firmados por la autoridad médica o el responsable sanitario de la ambulancia. Los protocolos deben de ser elaborados de acuerdo a las necesidades de la institución responsable de realizar la atención médica. No se van a tomar en cuenta las impresiones de la Gaceta Oficial, ni la NOM-034-SSA3-2013.				SI	NO
6. El personal que presta servicios de salud a bordo de una ambulancia ha recibido capacitación periódica atendiendo al tipo y nivel resolutivo de la prestación de servicios.				SI	NO
7. El vehículo recibe mantenimiento periódico de acuerdo a los lineamientos establecidos por las autoridades correspondientes o del fabricante de la unidad.				SI	NO
8. Porta al frente, en los costados y en la parte posterior la leyenda "AMBULANCIA".				SI	NO
9. Se especifica en los costados el tipo de ambulancia de que se trate: Traslado, urgencias básicas, avanzadas o cuidados intensivos.				SI	NO
10. El compartimiento para el paciente cuenta con vidrios que impidan la visibilidad desde el exterior (polarizados, entintados, esmerilados, opacos u otros).				SI	NO



<b>11. Existe evidencia documental (bitácora) sobre la coordinación logística y operativa de la ambulancia con el Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) y el formato para registro de atención médica prehospitalaria cumple con lo siguiente:</b>			SI	NO
Datos de registro: Folio otorgado por el CRUM.	Número progresivo del folio del formato.	Fecha del servicio: día, mes y año.		
Identificación de la ambulancia: tipo, número económico, número de placas e institución a la que pertenece.	Lugar de ocurrencia de la urgencia: hogar, escuela, trabajo, instalaciones deportivas, de recreación, vía pública u otras.	Hora de salida de la ambulancia de la base: hora de primer contacto.		
Hora de fin de la atención médica o alta del paciente: en el sitio de la urgencia o de su recepción en el establecimiento para la atención médica.	Datos del paciente: nombre, edad y sexo o en su caso, media filiación.	Antecedentes personales patológicos.		
Padecimiento actual: causa traumática o no traumática de la urgencia.	Exploración física básica: signos vitales, estado y coloración de la piel y estado de pupilas.	Descripción de lesiones o afecciones: localización, tipo de afectación a órganos, aparatos o sistemas.		
Manejo proporcionado: vía aérea, ventilación, circulación, líquidos endovenosos, fármacos, inmovilización, así como cualquier otra indicación.	Derivación del paciente: al establecimiento para la atención médica, el hogar o alta en el sitio.	Cuando aplique, datos y firmas de los responsables que entregan y reciben.		
Identificación del personal operativo: operador de la ambulancia, el TAMP, médico o personal de enfermería, según sea el caso.				
<b>12. Cuenta con equipo para comunicación funcionando.</b>			SI	NO
<b>13. Existen registros o evidencia documental que avale el mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos en ambulancias.</b>			SI	NO
<b>14. Los medicamentos e insumos que se encuentran en las ambulancias tienen registro sanitario y fecha de caducidad vigente.</b>			SI	NO

**MARCA LA RESPUESTA (SI / NO) SI CUMPLES O NO CON:**

<b>II. INFRAESTRUCTURA DE LAS AMBULANCIAS TERRESTRES, TRASLADO, URGENCIAS BÁSICAS O AVANZADAS Y DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>				
<b>15. Cuenta con sistema de iluminación de advertencia, a base de lámparas que emitan luces rojas y blancas de manera intermitente sobre el toldo, con proyección de luces de 360 grados y visibles a una distancia de 150 metros.</b>	SI	NO		
<b>16. Cuenta con una sirena que genera sonidos entre 120 y 130 decibeles en promedio.</b>	SI	NO		
<b>17. Cuentan con un compartimiento de atención que da cabida al menos a un paciente en carro camilla y al personal responsable de la atención que pueda estar sentado.</b>	SI	NO		
<b>18. En caso de ser ambulancia de urgencias o de cuidados intensivos, el compartimiento de atención cuenta como mínimo con 1.60 metros de altura, 1.90 metros de ancho y 2.50 metros de largo.</b>	SI	NO		
<b>19. El compartimiento de atención cuenta con un sistema de iluminación con suficiente intensidad.</b>	SI	NO		



**MARCA LA RESPUESTA (SI / NO) SI CUMPLES O NO CON:**

**III. RECURSOS FÍSICOS Y EQUIPAMIENTO DE AMBULANCIAS AÉREAS Y TERRESTRES DE TRASLADO, URGENCIAS BÁSICAS, URGENCIAS AVANZADAS Y DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

**20.** Cumple con los recursos físicos, equipamiento, suministros y medicamentos, señalados en el Apéndice Normativo A de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

**RECURSOS FÍSICOS DE APOYO**

<b>20.1</b> Cinturones de seguridad en todos los asientos.	SI	NO
<b>20.2</b> Equipo básico de herramientas de mano	SI	NO
<b>20.3</b> Equipo básico de señalización que incluya traficonos y triángulos reflejantes	SI	NO
<b>20.4</b> Juego de cables pasa-corriente	SI	NO
<b>20.5</b> Lámpara portátil de emergencia	SI	NO
<b>20.6</b> Neumático de refacción con accesorios (gato y llave de cruz).	SI	NO
<b>20.7</b> Un extintor contra fuego tipo ABC	SI	NO

**EQUIPO MÉDICO**

<b>20.8</b> Reanimadores tipo bolsa con válvula de no reinhalación, con vías de entrada de oxígeno, dispositivo de concentración y válvulas de liberación. En el caso del neonato con bolsa de 250 mililitros, lactante con bolsa de 500 mililitros, pediátrico con bolsa de 750 mililitros y adulto con bolsa de 1000 mililitros, además de mascarillas de tamaños 0, 1, 2, 3, 4 y 5.	SI	NO
<b>20.9</b> Camilla rígida con sistema de sujeción.	SI	NO
<b>20.10</b> Carro camilla.	SI	NO
<b>20.11</b> Esfigmomanómetro aneroide o digital con brazaletes para adulto y pediátrico.	SI	NO
<b>20.12</b> Estetoscopio biauricular.	SI	NO
<b>20.13</b> Equipo de aspiración de secreciones fijo o portátil.	SI	NO
<b>20.14</b> Equipo de cánulas orofaríngeas en los tamaños: prematuro, neonatal, infantil, pediátrica y adulto.	SI	NO
<b>20.15</b> Gancho portasuero doble.	SI	NO
<b>20.16</b> Glucómetro o sustituto tecnológico.	SI	NO
<b>20.17</b> Mascarillas con filtro HEPA o N95.	SI	NO
<b>20.18</b> Tanque de oxígeno fijo de por lo menos tres metros cúbicos con manómetro de alta presión, flujómetro con rango entre 2 a 15 litros por minuto y salida para humidificador.	SI	NO
<b>20.19</b> Tanque de oxígeno portátil tamaño "D" con manómetro, regulador de presión y flujómetro con rango entre 2 a 15 litros por minuto o mayor.	SI	NO
<b>20.20</b> Termómetro digital o sustituto tecnológico.	SI	NO



**MARCA LA RESPUESTA (SI / NO) SI CUMPLES O NO CON:**

<b>INSUMOS</b>		
<b>20.21</b> Apósitos, gasas estériles y no estériles.	SI	NO
<b>20.22</b> Cobertores.	SI	NO
<b>20.23</b> Catéteres venosos cortos estériles, para aplicación percutánea de terapia intravenosa periférica de calibres 12 a 24 (Excepto el 15).	SI	NO
<b>20.24</b> Cómodo.	SI	NO
<b>20.25</b> Contenedor rígido de color rojo para material punzocortante, bolsa roja y bolsa amarilla para RPBI.	SI	NO
<b>20.26</b> Desinfectante para manos.	SI	NO
<b>20.27</b> Desinfectante para equipos y superficies.	SI	NO
<b>20.28</b> Equipo desechable para venoclisis con normogotero y microgotero.	SI	NO
<b>20.29</b> Guantes estériles, no estériles y cubre bocas.	SI	NO
<b>20.30</b> Jabón quirúrgico.	SI	NO
<b>20.31</b> Jeringas desechables de 3, 5, 10 y 20 mililitros y agujas 20 x 32 o 22 x 32.	SI	NO
<b>20.32</b> Jeringas con aguja para insulina.	SI	NO
<b>20.33</b> Ligaduras.	SI	NO
<b>20.34</b> Pato orinal.	SI	NO
<b>20.35</b> Puntas nasales para oxígeno, mascarilla con bolsa reservorio y mascarilla simple; en tamaños adulto y pediátrico.	SI	NO
<b>20.36</b> Riñón.	SI	NO
<b>20.37</b> Sábanas.	SI	NO
<b>20.38</b> Sondas de aspiración suaves.	SI	NO
<b>20.39</b> Tela adhesiva.	SI	NO
<b>20.40</b> Torundas secas y torundas con alcohol.	SI	NO
<b>20.41</b> Vendas elásticas de 5, 10, 20 y 30 centímetros de ancho.	SI	NO
<b>SOLUCIONES</b>		
<b>20.42</b> Cloruro de sodio (solución al 0.9%).	SI	NO
<b>20.43</b> Electrolitos orales.	SI	NO
<b>20.44</b> Glucosa (solución al 5%).	SI	NO
<b>20.45</b> Solución Hartman.	SI	NO





**MARCA LA RESPUESTA (SI / NO) SI CUMPLES O NO CON:**

<b>IV. RECURSOS FÍSICOS Y EQUIPAMIENTO DE AMBULANCIAS AÉREAS Y TERRESTRES DE URGENCIAS BÁSICAS, URGENCIAS AVANZADAS Y DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>		
<b>21. Cumple con los recursos físicos de apoyo, equipo médico, suministros, medicamentos y soluciones señalados en el Apéndice Normativo B de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.</b>		
<b>EQUIPO MEDICO</b>		
<b>21.1</b> Collarines rígidos: chico, mediano y grande.	SI	NO
<b>21.2</b> Cánulas nasofaríngeas.	SI	NO
<b>21.3</b> Dispositivo para inmovilizar la cabeza.	SI	NO
<b>21.4</b> Dispositivo de estabilización pélvica o elemento sustituto.	SI	NO
<b>21.5</b> Estetoscopio de Pinard, Doppler o sustituto tecnológico.	SI	NO
<b>21.6</b> Equipo <b>esterilizado</b> para atención de parto, el cual debe contar por lo menos con: dos pinzas tipo Rochester; onfalotomo, tijera tipo Mayo, cinta umbilical o similar, perilla para aspiración; campos quirúrgicos y batas quirúrgica desechables.	SI	NO
<b>21.7</b> Férulas para miembros torácicos y pélvicos.	SI	NO
<b>21.8</b> Oxímetro de pulso.	SI	NO
<b>21.9</b> Sistema de inmovilización pediátrica.	SI	NO
<b>21.10</b> Tabla corta con sistema de sujeción o chaleco de extracción.	SI	NO
<b>INSUMOS</b>		
<b>21.11</b> Bolsa amarilla para RPBI.	SI	NO
<b>21.12</b> Cánula de Yankauer.	SI	NO
<b>21.13</b> Guía para identificación de materiales peligrosos.	SI	NO
<b>21.14</b> Rastrillo desechable para afeitar.	SI	NO
<b>21.15</b> Sábana térmica.	SI	NO
<b>21.16</b> Sábana para quemados.	SI	NO
<b>21.17</b> Elementos materiales (tarjetas) para clasificación de lesionados (triage).	SI	NO
<b>MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES</b>		
<b>21.18</b> Ácido acetilsalicílico, tabletas.	SI	NO
<b>21.19</b> Isosorbida, tabletas.	SI	NO
<b>21.20</b> Trinitrato de glicerilo, perlas sublinguales.	SI	NO
<b>21.21</b> Adrenalina, solución inyectable.	SI	NO
<b>22.22</b> Atropina, solución inyectable.	SI	NO
<b>21.23</b> Epinefrina, solución inyectable o sustituto tecnológico.	SI	NO
<b>21.24</b> Dextrosa al 50 %.	SI	NO
<b>21.25</b> Salbutamol, aerosol.	SI	NO



**MARCA LA RESPUESTA (SI / NO) SI CUMPLES O NO CON:**

<b>V. RECURSOS FÍSICOS Y EQUIPAMIENTO DE AMBULANCIAS AÉREAS Y TERRESTRES DE URGENCIAS AVANZADAS Y DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>		
<b>22.</b> Cumple con los recursos físicos de apoyo, equipo médico, suministros, medicamentos y soluciones, señalados en el Apéndice Normativo C de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.		
<b>EQUIPO MEDICO</b>		
<b>22.1</b> Desfibrilador-monitor para registro de signos vitales y marcapaso externo.	SI	NO
<b>22.2</b> Estilete para tubo endotraqueal: neonatal, infantil, pediátrico y adulto.	SI	NO
<b>22.3</b> Estuche de diagnóstico básico (mango, oftalmoscopio con luz, selector de aperturas y lentes, otoscopio con luz y conos reutilizables).	SI	NO
<b>22.4</b> Equipo para infusión intraósea.	SI	NO
<b>22.5</b> Laringoscopios: tamaño adulto y pediátrico con hojas rectas números 0, 1, 2, 3 y 4, y hojas curvas números 1, 2, 3 y 4.	SI	NO
<b>22.6</b> Micro-nebulizador o sustituto tecnológico.	SI	NO
<b>22.7</b> Pinzas de Magill adulto y pediátrica.	SI	NO
<b>22.8</b> Ventilador de traslado pediátrico-adulto.	SI	NO
<b>INSUMOS</b>		
<b>22.9</b> Electrodo de parche auto adheribles para adultos y pediátricos, electrodo para marcapasos transcutáneo, compatibles con el equipo desfibrilador existente.	SI	NO
<b>22.10</b> Equipo invasivo para la vía aérea: mascarilla laríngea u otros.	SI	NO
<b>22.11</b> Jalea lubricante hidrosoluble y pasta conductiva para monitoreo electrocardiográfico.	SI	NO
<b>22.12</b> Sondas de Nelaton, Levin y Foley con bolsas para recolección.	SI	NO
<b>22.13</b> Tubos endotraqueales para adulto con globo de alto volumen y baja presión, con válvula conector y escala en milímetros, en calibres números 6.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5 y 9.0.	SI	NO
<b>22.14</b> Tubos endotraqueales pediátricos sin globo, con válvula conector y escala en milímetros, en calibres números 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0 y 5.5.	SI	NO
<b>MEDICAMENTOS</b>		
<b>22.15</b> Ketorolaco, solución inyectable.	SI	NO
<b>22.16</b> Metamizol, solución inyectable.	SI	NO
<b>22.17</b> Clorhidrato de Nalbufina, solución inyectable.	SI	NO
<b>22.18</b> Midazolam, solución inyectable.	SI	NO
<b>22.19</b> Captopril o Enalapril, tabletas.	SI	NO
<b>22.20</b> Hidrocortisona, solución inyectable o genérico alterno.	SI	NO
<b>22.21</b> Butilhioscina, solución inyectable.	SI	NO
<b>22.22</b> Difenidol, solución inyectable.	SI	NO
<b>22.23</b> Hidralazina, solución inyectable.	SI	NO
<b>22.24</b> Diazepam, solución inyectable.	SI	NO



**MARCA LA RESPUESTA (SI / NO) SI CUMPLES O NO CON:**

VI. PERSONAL					
23. En caso de ser una ambulancia de urgencias básicas o avanzadas, cuentan con un operador de ambulancia y al menos un copiloto, ambos TAMP, capacitados de acuerdo con la capacidad operativa de la ambulancia.				SI	NO
Tabla 1. Información del Personal					
Nombre	Título	Especialidad	Cédula profesional	Institución	

**MARCA LA RESPUESTA (SI / NO) SI CUMPLES O NO CON:**

VII. RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS (R.P.B.I.)		
24. En la ambulancia se separan y envasan los residuos peligrosos biológicos infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, sin mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o peligrosos.	SI	NO
25. En la unidad responsable de la ambulancia se separan y envasan los residuos peligrosos biológicos infecciosos, provenientes de la ambulancia, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, sin mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o peligrosos y además se cuenta con almacén temporal para el manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos, separado de las diferentes áreas del establecimiento, se encuentra techado, cuenta con señalamientos o letreros alusivos a la naturaleza de los residuos y sin riesgos de inundación e ingreso de animales.	SI	NO
26. En la unidad responsable de la ambulancia se cuenta con contrato con empresa recolectora de R.P.B.I. vigente, así como de los manifiestos de recolección (Presentar contrato y último manifiesto al momento de la verificación).	SI	NO