

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-099 Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de salud con servicios de sangre.

Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">Servicios de Salud</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">Instructivo</div> </div>	No requiere pago	No aplica	ARTÍCULOS 47 Y 200 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD.	

Campos a llenar del formato



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Por modificación:
 - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
 - » Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
 - » Copia legible del certificado de la especialidad en hematología o patología clínica (este requisito aplica para bancos de sangre, o en el caso de médico cirujano, contar con constancia de idoneidad vigente expedida por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea o Institución de Educación Superior)
- ❖ Por baja
 - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario