

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-012

Aviso de modificación o baja del responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que opera con licencia sanitaria.

<p>Ficha técnica</p> 	<p>Formato</p> <p>Avisos Instructivo</p>	<p>Pago asociado</p> <p>No requiere pago</p>	<p>Ficta del trámite</p> <p>No aplica</p>	<p>Fundamento legal</p> <p>ARTÍCULO 200 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD.</p>	
---	---	--	---	---	--

Campos a llenar del formato



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Avisos”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.

En caso de modificación

- » No se requiere documentación anexa.

En caso de baja

- » Original del acuse de recibido del Aviso de Responsable Sanitario.