

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-057 Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento en que se practiquen actos quirúrgicos y/u obstétricos.

<p>Ficha técnica</p> 	<p>Formato</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="310 623 474 721">Servicios de Salud</div> <div data-bbox="520 623 684 721">Instructivo</div> </div>	<p>Pago asociado</p> <p>No requiere pago</p>	<p>Ficta del trámite</p> <p>Aplica negativa ficta</p>	<p>Fundamento legal</p> <p>ARTÍCULOS 47 Y 200 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 18 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.</p>	
---	--	--	---	---	--

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 (este requisito sólo aplica para consultorios de especialidad; establecimientos donde se practican actos quirúrgicos y/u obstétricos, así como, laboratorios de análisis clínicos cuando el responsable sea médico cirujano requiere especialidad)
- ❖ Por baja
 - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario