

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-096 Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de salud con servicio de extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células.

<p>Ficha técnica</p> 	<p>Formato</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="317 630 480 724">Servicios de Salud</div> <div data-bbox="520 630 684 724">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.</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 correlativa a la extracción a realizarse en el establecimiento
- ❖ Por baja
 - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario