
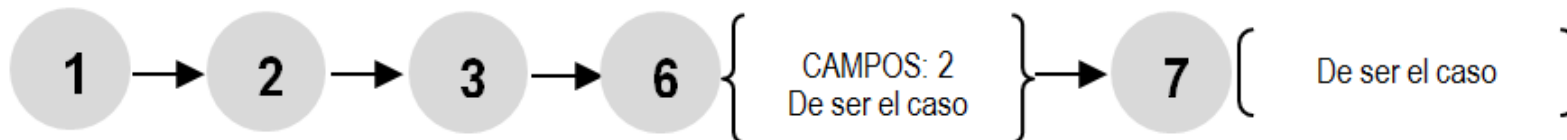


HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RAPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-05-056	AVISO DE MODIFICACIÓN AL AVISO DE FUNCIONAMIENTO O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD.

FICHA TÉCNICA	FORMATO	PAGO ASOCIADO	FICTA DEL TRÁMITE	FUNDAMENTO LEGAL	
	<div>Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja</div> <div>Instructivo</div>	GRATUITO	NO APLICA	ARTICULOS 47, 200 BIS Y 202 DE LA LEY GENERAL DE SALUD	

#### CAMPOS A LLENAR DEL FORMATO



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Original y copia simple del formato “Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja”, debidamente llenado.
- ❖ **Para cambio de Representante Legal:**
  - » Original y copia simple del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público de los representantes legales (Artículo 15, Ley Federal de Procedimiento Administrativo).
  - » Copia simple de identificación oficial con fotografía del representante legal (de preferencia credencial de elector, pasaporte o cartilla).
- ❖ **Para cambio de Persona Autorizada:**
  - » Copia de identificación oficial con fotografía de la(s) persona(s) autorizada(s) (de preferencia credencial de elector, pasaporte o cartilla).