


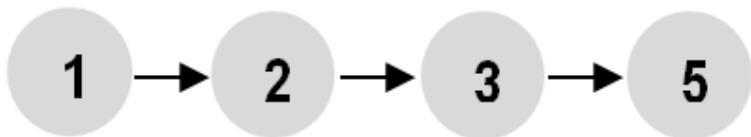
HOMOCLAVE

NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO

COFEPRIS-05-078 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD.

FICHA TÉCNICA	FORMATO	PAGO ASOCIADO	FICHA 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 Y 200 BIS 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.
- ❖ En caso de baja adjuntar el Aviso de Responsable original.