
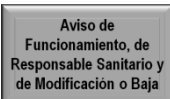



HOMOCLAVE

NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO

COFEPRIS-05-007 AVISO DE MODIFICACIÓN AL AVISO DE FUNCIONAMIENTO O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.

FICHA TÉCNICA	FORMATO	PAGO ASOCIADO	FICTA DEL TRÁMITE	FUNDAMENTO LEGAL	
	 	GRATUITO	NO APLICA	ARTICULOS 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).