
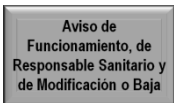
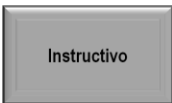


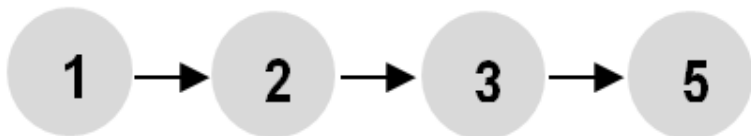
HOMOCLAVE

NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RAPIDA DE LLENADO

COFEPRIS-05-077 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.

FICHA TÉCNICA	FORMATO	PAGO ASOCIADO	FICHA DEL TRÁMITE	FUNDAMENTO LEGAL	
	 	GRATUITO	NO APLICA	ARTICULOS 200, 200 BIS Y 259 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.