

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

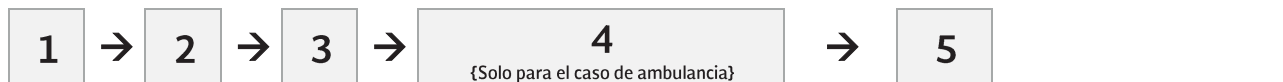
Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-036

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.

Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	
	<div>Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja</div> <div>Instructivo</div>	No requiere pago	No aplica	ARTICULOS 47, 200, 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.
  - » **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).
  - » **Personas Autorizadas:**
    - Copia simple de identificación oficial con fotografía de la(s) persona(s) autorizada(s) (de preferencia credencial de elector, pasaporte o cartilla)

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles,  
Delegación Benito Juárez, Distrito Federal,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx