

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-006

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la 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 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.
 - » **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