

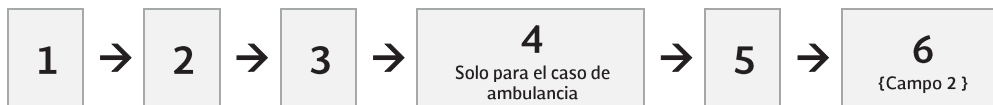
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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 style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Instructivo</div> </div>	No requiere pago	No aplica	ARTÍCULOS 47, 200, 200 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD.	

Campos a llenar del formato



Requisitos documentales

- ❖ Original y copia simple legible del formato “Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja”, debidamente requisitado.
- ❖ En caso de Personas Morales:
  - » Original y copia legible del acta constitutiva o poder notarial que acredite al representante legal.
  - » Copia legible de identificación oficial del representante legal. (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
  - » Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- ❖ En caso de Personas Físicas:
  - » Copia legible de identificación oficial del propietario. (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
  - » Copia legible de identificación oficial de las personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa
- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).

**Contacto:**

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