

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-09-031-D Solicitud de modificación a las condiciones de la licencia sanitaria para establecimientos de salud con servicios de sangre.

Modalidad D.- Centro de distribución de sangre y componentes sanguíneos

Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	Material de Apoyo
			<p>Aplica negativa ficta</p>	<p>ARTÍCULOS 202 Y 368 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.</p> <p><b>NOTA:</b> CUANDO LOS ESCRITOS QUE PRESENTEN LOS INTERESADOS NO CONTENGAN LOS DATOS O NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS APLICABLES, LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DESCENTRALIZADO CORRESPONDIENTE DEBERÁ PREVENIR A LOS INTERESADOS, POR ESCRITO Y POR UNA SOLA VEZ, PARA QUE SUBSANEN LA OMISIÓN DENTRO DEL TÉRMINO QUE ESTABLEZCA LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DESCENTRALIZADO, EL CUAL NO PODRÁ SER MENOR DE CINCO DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE QUE HAYA SURTIDO EFECTOS LA NOTIFICACIÓN; TRANSCURRIDO EL PLAZO CORRESPONDIENTE SIN DESAHOGAR LA PREVENCIÓN, SE DESECHARÁ EL TRÁMITE. <a href="#">ART.17-A DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO</a></p>	

### Campos a llenar del formato



## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

### Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado
- ❖ Comprobante del pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Información que documente la modificación a las instalaciones físicas.
- ❖ Licencia original sujeta a modificación

#### **Por cambio de Razón Social,**

- ❖ Original y copia legible del Acta Constitutiva del establecimiento.

#### **Por cambio de nombre de la calle, código postal, sin cambio físico en las instalaciones**

- ❖ No requiere de documentación anexa

#### **Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  
Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 800-033-5050