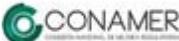


Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

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

Modalidad F.- Centro de calificación biológica

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>NOTA: 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. ART.17-A DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO</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