



Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

NOMBRE OFICIAL DEL TRÁMITE O SERVICIO		NOMBRE CIUDADANO DEL TRÁMITE O SERVICIO		
COFEPRIS-05-007-A Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Insumos para la Salud. Fábrica de Dispositivos Médicos o Remedios Herbolarios		COFEPRIS-05-007-A Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Insumos para la Salud. Fábrica de Dispositivos Médicos o Remedios Herbolarios		
ORGANISMO		HOMOCLAVE		
Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios		BC-COEPRES-010		
DESCRIPCIÓN		TIPO TYS		
Cuando hayas realizado algún cambio en el establecimiento dedicado a la fabricación de dispositivos médicos o de remedios herbolarios o quieras dar de baja tu establecimiento. O bien cuando quieras modificar o dar de baja a tu responsable sanitario.		Trámite		
¿QUÉ OBTIENE?		¿CUANDO DEBO DE REALIZARLO?		
Aviso de modificación o baja y/o responsable sanitario		Se encuentra en proceso de apertura operación o proceso modificación o de cierre		
¿QUIÉN PUEDE REALIZARLO?		TIPO COSTO		
Representante Legal Interesado Otro		Sin costo		
COSTO		VIGENCIA		
		Tiempo que tiene el organismo para resolver :1 Días Hábiles		
LUGARES DE PAGO		PLAZOS		
NINGUNO				
TIENE DOCUMENTOS INFORMATIVOS		CANTIDAD DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS		
NO		0		
AFIRMATIVA FICTA		REQUIERE VISITA DE INSPECCIÓN		
NO		NO		
OFICINAS DONDE SE PUEDE REALIZAR				
DIRECCION	TELÉFONOS	RESPONSABLES	DÍA SEMANA	HORARIO
Centro Integral de Servicios - Calzada milton castellanos, Conjunto urbano caliss, 1499, Mexicali 22010	Doctor Rigoberto Isarraraz Hernandez Director rigoberto.isarraraz@saludbc.gob. mx 686 838 7486	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes	08:00 A 14:00 08:00 A 14:00 08:00 A 14:00 08:00 A 14:00 08:00 A 14:00	
FUNDAMENTOS				

Ley General de Salud, ART.Artículos 200, 200 BIS y 259, Federal

ESCENARIOS	
Ciudadanía en general	
REQUISITOS INTANGIBLES	
Copia legible de identificación oficial del propietario	
Original y copia simple legible del formato “Aviso de funcionamiento, de responsable sanitario y de modificación o baja”, debidamente requisitado	TIENE FORMATO
Original y copia legible del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público de (los) representante (s) legal (es)	
Copia legible de identificación oficial del representante legal	
REQUISITOS TANGIBLES	PASOS POR MODALIDAD

En línea

- ° Ingresar a la liga de la plataforma de DIGIPRIS haciendo clic en el botón "Iniciar Trámite" ubicado en la parte inferior derecha
- ° Elegir la modalidad del trámite de interés
- ° Llenar formato requerido
- ° Firmar resolución de trámite enviado vía correo