

 <b>BAJA CALIFORNIA</b> <small>GOBIERNO DEL ESTADO</small>	<b>COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS</b>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

<b>NOMBRE OFICIAL DEL TRÁMITE O SERVICIO</b>	<b>NOMBRE CIUDADANO DEL TRÁMITE O SERVICIO</b>
COFEPRIS-05-007-E Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Insumos para la Salud. Modalidad E.- Comercio al por Menor de Dispositivos Médicos o Remedios Herbolarios	COFEPRIS-05-007-E Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Insumos para la Salud. Modalidad E.- Comercio al por Menor de Dispositivos Médicos o Remedios Herbolarios
<b>ORGANISMO</b>	<b>HOMOCLAVE</b>
COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS	BC-COEPRIS-014
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TIPO TYS</b>
Quando el ciudadano requiera notificar algún cambio de responsable sanitario, de personas autorizadas, representante legal de farmacia en un establecimiento dedicado al comercio al por menor de dispositivos médicos o de remedios herbolarios.	Trámite
	<b>¿CUANDO DEBO DE REALIZARLO?</b>
	Quando hayas realizado algún cambio en el establecimiento dedicado al comercio al por menor de dispositivos médicos o de remedios herbolarios
<b>¿QUÉ OBTIENE?</b>	<b>¿QUIEN PUEDE REALIZARLO?</b>
Aviso de modificacion o baja	Representante Legal Interesado Otro
<b>TIPO COSTO</b>	<b>VIGENCIA</b>
Sin costo	
<b>COSTO</b>	<b>PLAZOS</b>
	Tiempo que tiene el organismo para resolver :1 Días Hábiles
<b>LUGARES DE PAGO</b>	
NINGUNO	
<b>TIENE DOCUMENTOS INFORMATIVOS</b>	<b>CANTIDAD DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS</b>
NO	0
<b>AFIRMATIVA FICTA</b>	<b>REQUIERE VISITA DE INSPECCIÓN</b>
SI	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	Lunes	08:00 A 14:00
		Director	Martes	08:00 A 14:00
		rigoberto.isarraraz@saludbc.gob.mx	Miércoles	08:00 A 14:00
		686 838 7486	Viernes	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 legible del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público de (los) representante (s) legal (es)

Original y copia simple legible del formato "Aviso de funcionamiento, de responsable sanitario y de modificación o baja", debidamente requisitado

Copia legible de identificación oficial del representante legal

**REQUISITOS TANGIBLES**

TIENE FORMATO

**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

° Llenar formato requerido

° Firmar resolución de trámite enviado vía correo

° Elegir la modalidad del trámite de interés