

Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-02
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso
223300507B1344

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.
Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	COFEPRIS-05-007-B	Nombre:	Aviso de Modificación o Baja al Aviso de Funcionamiento y/o Responsable Sanitario del Establecimiento de Insumos para la Salud
Modalidad:	Modalidad B.- Almacén de Depósito y/o Distribución de Dispositivos Médicos o Remedios Herbolarios o Medicamentos No Controlados o Materia Prima para Medicamentos No Controlados.		

2. Datos del propietario

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona moral
RFC: INP050411A58
Denominación o razón social: INDUSTRIAS NACIONALES PLASTICAS, SA DE CV
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: AAFD8104208C8
CURP (opcional): AAFD810420HDFRLV09
Nombre(s): DAVID
Primer apellido: ARZATE
Segundo apellido: FLORES
Lada: 55
Teléfono: 5501 9411
Extensión: NO APLICA
Correo electrónico: darzate@medicapolaris.com

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 09810
Tipo y nombre de vialidad: CALLE GANADEROS
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
Número exterior: 234-B Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA GRANJAS ESMERALDA

Localidad: NO APLICA
Municipio o alcaldía: IZTAPALAPA
Entidad Federativa: CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE TRIGO
Y vialidad (tipo y nombre): CALLE CEREALES
Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE CAMPESINOS
Lada: 55
Teléfono: 5501 9411

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Extensión: **NO APLICA**

3. Datos del establecimiento

RFC: **INP050411A58** Denominación o razón social: **INDUSTRIAS NACIONALES PLASTICAS, SA DE CV**

Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN	Descripción del SCIAN
435313	Comercio al por mayor de mobiliario, equipo e instrumental médico y de laboratorio (Excepto muebles)

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

Horario de operaciones

D	L	M	M	J	V	S	de	08:00 HH:MM	a	17:00 HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
Fecha de inicio de operaciones:								16 / 12 / 2019 DD MM AAAA		

Domicilio del establecimiento

Código postal: **09810**

Tipo y nombre de vialidad:
CALLE GANADEROS

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: **234-B** Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
COLONIA GRANJAS ESMERALDA

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: **NO APLICA**

Municipio o alcaldía: **IZTAPALAPA**

Entidad Federativa: **CIUDAD DE MÉXICO**

Entre vialidad (tipo y nombre): **CALLE TRIGO**

Y vialidad (tipo y nombre): **CALLE CEREALES**

Vialidad posterior (tipo y nombre): **CALLE CAMPESINOS**

Lada: **55**

Teléfono: **5501 9411**

Extensión: **NO APLICA**

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal

CURP (opcional): **AAFD810420HDFRLV09**

Nombre(s): **DAVID**

Primer apellido: **ARZATE**

Segundo apellido: **FLORES**

Lada: **55**

Teléfono: **5501 9411**

Extensión: **NO APLICA**

Correo electrónico: **darzate@medicapolaris.com**

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s): **VERONICA**

Primer apellido: **AGUIRRE**

Segundo apellido: **SANCHEZ**

Lada: **55**

Teléfono: **5501 9411**

Extensión: **NO APLICA**

Correo electrónico: **NO APLICA**

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	MAURICIO
Primer apellido:	PONTONES
Segundo apellido:	SIMON
Lada:	55
Teléfono:	5501 9411
Extensión:	NO APLICA
Correo electrónico:	mpontones@medicapolaris.com

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	RÁUL ELIGIO
Primer apellido:	-----
Segundo apellido:	GÓMEZ
Lada:	55
Teléfono:	5501 94 11
Extensión:	NO APLICA
Correo electrónico:	NO APLICA

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	ANA ALICIA
Primer apellido:	SANTOS
Segundo apellido:	GONZALEZ
Lada:	55
Teléfono:	5501 94 11
Extensión:	NO APLICA
Correo electrónico:	NO APLICA

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	DIANA ADRIANA
Primer apellido:	GARCIA
Segundo apellido:	LINARES
Lada:	55
Teléfono:	5501 94 11
Extensión:	NO APLICA
Correo electrónico:	NO APLICA

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	LYDIA REMEDIOS
Primer apellido:	BALLESTEROS
Segundo apellido:	BRAVO
Lada:	55
Teléfono:	5674 9347

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Extensión:
 Correo electrónico:

Extensión: **NO APLICA**
 Correo electrónico: **solucion_i@yahoo.com**

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona autorizada
CURP (opcional):
Nombre(s): JOSE LUIS
Primer apellido: BARRERA
Segundo apellido: RAMIREZ
Lada: 55
Teléfono: 5674 9347
Extensión: NO APLICA
Correo electrónico: solucion_i@yahoo.com

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

4. Datos de la ambulancia

Seleccione el tipo de unidad móvil.

En caso de alta o baja de la ambulancia utilice la primera tabla.

En caso de modificar los datos de la ambulancia utilice la primera tabla para anotar los datos actuales y la segunda tabla para los datos ya modificados.

Primera tabla			
<input type="radio"/> Aérea		<input type="radio"/> Marítima	
<input type="radio"/> Alta		<input type="radio"/> Baja	
		<input type="radio"/> Terrestre	
		<input type="radio"/> A modificar	
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea		<input type="radio"/> Marítima	
<input type="radio"/> Ya modificado		<input type="radio"/> Terrestre	
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

DOCUMENTO CONFIDENCIAL


Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

5. Datos del responsable sanitario (excepto para productos y servicios)

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.

En caso de modificar los datos del responsable sanitario utilice la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna	
<input type="radio"/> Alta	<input type="radio"/> Baja <input checked="" type="radio"/> A modificar
RFC:	GACA8006258H3
CURP (opcional):	
Nombre(s):	Alan Christian
Primer apellido:	Galicia
Segundo apellido:	Castillo
Lada:	55
Teléfono:	5501 9411
Extensión:	NO APLICA
Correo electrónico:	agalicia@medicapolaris.com
Con título profesional de:	Ingeniero Industrial
Título profesional expedido por:	INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
Número de cédula profesional:	11874901
Con especialidad de:	
Título de especialidad expedido por:	
Número de cédula de la especialidad:	
Horario de operaciones	
D	L M M J V S de 09:00 a 14:00 HH:MM HH:MM
D	L M M J V S de 15:00 a 17:00 HH:MM HH:MM
Firma del responsable sanitario	
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja	

Segunda columna	
<input checked="" type="radio"/> Ya modificado	
RFC:	GACA8006258H3
CURP (opcional):	
Nombre(s):	Alan Christian
Primer apellido:	Galicia
Segundo apellido:	Castillo
Lada:	55
Teléfono:	5501 9411
Extensión:	NO APLICA
Correo electrónico:	agalicia@medicapolaris.com
Con título profesional de:	Ingeniero Industrial
Título profesional expedido por:	INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
Número de cédula profesional:	11874901
Con especialidad de:	
Título de especialidad expedido por:	
Número de cédula de la especialidad:	
Horario de operaciones	
D	L M M J V S de 09:00 a 17:00 HH:MM HH:MM
D	L M M J V S de HH:MM a HH:MM
Firma del responsable sanitario:	
	
Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización	

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).

En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Nuevo
 A modificar
 Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría: **Insumos para la Salud**

Grupo: **Dispositivos Médicos**

Subgrupo: **Equipo Médico, Prótesis, Ortesis y Ayudas Funcionales, Agentes de Diagnósticos, Materiales Quirúrgicos y Curación, Productos Higiénicos, Insumos de uso Odontológico.**

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Nuevo
 Ya modificado
 Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Grupo:

Subgrupo:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

7. Modificación o actualización de datos para establecimientos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.
 En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.
 En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Datos del Propietario	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

RFC:	RFC:
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:	
Extensión:	Extensión:	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Datos del establecimiento	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Denominación o razón social (de ser el caso):	Denominación o razón social (de ser el caso):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
------------------------------	------------------------------

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del establecimiento	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
<input type="checkbox"/> Horario del establecimiento	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM
	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM
<input type="checkbox"/> Clave SCIAN y su descripción		

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Representante legal	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): MAURICIO	Nombre(s): MAURICIO
	Primer apellido: PONTONES	Primer apellido: PONTONES
	Segundo apellido: SIMON	Segundo apellido: SIMON
	Lada: 55	Lada: 55
	Teléfono: 5501 9411	Teléfono: 5501 9411
	Extensión: NO APLICA	Extensión: NO APLICA
	Correo electrónico: mpontones@medicapolaris.com	Correo electrónico: mpontones@medicapolaris.com

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Representante legal	CURP (opcional):	CURP (opcional): AAFD810420HDFRLV09
	Nombre(s):	Nombre(s): DAVID
	Primer apellido:	Primer apellido: ARZATE
	Segundo apellido:	Segundo apellido: FLORES
	Lada:	Lada: 55
	Teléfono:	Teléfono: 5501 9411
	Extensión:	Extensión: NO APLICA
Correo electrónico:	Correo electrónico: darzate@medicapolaris.com	

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): VERONICA	Nombre(s): VERONICA
	Primer apellido: AGUIRRE	Primer apellido: AGUIRRE
	Segundo apellido: SANCHEZ	Segundo apellido: SANCHEZ
	Lada: 55	Lada: 55
	Teléfono: 5501-9411	Teléfono: 5501-94 11
	Extensión: NO APLICA	Extensión: NO APLICA
Correo electrónico: NO APLICA	Correo electrónico: NO APLICA	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): RÁUL ELIGIO	Nombre(s): RÁUL ELIGIO
	Primer apellido: -----	Primer apellido: -----
	Segundo apellido: GÓMEZ	Segundo apellido: GÓMEZ
	Lada: 55	Lada: 55
	Teléfono: 5501-9411	Teléfono: 5501-94 11
	Extensión: NO APLICA	Extensión: NO APLICA
Correo electrónico: NO APLICA	Correo electrónico: NO APLICA	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): ANA ALICIA	Nombre(s): ANA ALICIA
	Primer apellido: SANTOS	Primer apellido: SANTOS
	Segundo apellido: GONZALEZ	Segundo apellido: GONZALEZ
	Lada: 55	Lada: 55
	Teléfono: 5501-9411	Teléfono: 5501-94 11
	Extensión: NO APLICA	Extensión: NO APLICA
Correo electrónico: NO APLICA	Correo electrónico: NO APLICA	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): DIANA ADRIANA	Nombre(s): DIANA ADRIANA
	Primer apellido: GARCIA	Primer apellido: GARCIA
	Segundo apellido: LINARES	Segundo apellido: LINARES

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Lada: 55	Lada: 55
Teléfono: 5501-9411	Teléfono: 5501-94 11
Extensión: NO APLICA	Extensión: NO APLICA
Correo electrónico: NO APLICA	Correo electrónico: NO APLICA

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s): LYDIA REMEDIOS
	Primer apellido:	Primer apellido: BALLESTEROS
	Segundo apellido:	Segundo apellido: BRAVO
	Lada:	Lada: 55
	Teléfono:	Teléfono: 5674 9347
	Extensión:	Extensión: NO APLICA
Correo electrónico:	Correo electrónico: solucion_i@yahoo.com	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s): JOSE LUIS
	Primer apellido:	Primer apellido: BARRERA
	Segundo apellido:	Segundo apellido: RAMIREZ
	Lada:	Lada: 55
	Teléfono:	Teléfono: 5674 9347
	Extensión:	Extensión: NO APLICA
Correo electrónico:	Correo electrónico: solucion_i@yahoo.com	

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

Suspensión de actividades
 Reinicio de actividades
 Baja definitiva del establecimiento

De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA Fecha DD / MM / AAAA

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos? Sí No

15/04/2022

DAVID ARZATE FLORES

Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al **01-800-033-5050** y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al **01-800-420-4224**.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" Categoría del producto

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a temperatura ambiente Transporte a temperatura de refrigeración Distribución Expendio o suministro al público Almacenamiento a temperatura ambiente Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación	Alimentos	Carne y sus productos Leche, sus productos y derivados Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Los de la pesca y sus derivados (frescos y congelados) Alimentos congelados Cereales, leguminosas, sus productos y botanas Azúcar y productos de confitería Cacao, café, té y sus derivados Condimentos y aderezos Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y sus productos Frutas, hortalizas y sus derivados Aceites y grasas comestibles Alimentos industrializados Alimentos biotecnológicos Alimentos deshidratados
		Suplementos alimenticios	Polvo para preparar bebidas Cápsulas Tabletas o comprimidos Jarabe
		Bebidas no alcohólicas	Agua envasada (mineral, mineralizada y/o purificada) Jugos y néctares Bebidas adicionadas con cafeína Bebidas saborizadas Polvo o jarabe para preparar bebidas Bebidas para deportistas Hielo potable Nieve Bebidas congeladas
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas Coctel Licor o crema
		Productos cosméticos	Productos para el cabello Productos de uso facial y/o corporal Productos para los ojos y cejas Productos para manos y uñas Productos para los labios Productos de aromacología y aromalogía (Perfumes y fragancias)
		Productos de aseo y limpieza	Productos especiales para textiles Productos para desobstruir conductos sanitarios Productos para el ambiente Productos para la higiene Productos para la limpieza Productos para protección o acabado lustroso
		Materia prima	Lácteos y cárnicos Aceites y grasas Féculas, harinas y derivados
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores industriales Bares, cantinas, discotecas, etc. Restaurantes, taquerías, etc. Cafeterías Servicios de banquetes
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Saborizantes Edulcorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo	
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general	Nombre de la especialidad	
		Consultorio de atención médica especializada		
		Consultorio de estomatología		
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	Especificar	
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos	Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa Ultrasonografía
			Gabinetes de diagnóstico	
	Servicios de asistencia social	Planificación familiar	Especificar	
		Salud mental		
		Rehabilitación		
		Atención médica paliativa		
Expendio o suministro al público	Asistencia social	Especificar		
	Comercio al por menor de lentes			
Insumos para la salud	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Remedios herbolarios	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico	
		Dispositivos médicos		
	Distribución	Medicamentos	Representante legal en México de una empresa en el extranjero	
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Nombre químico de la sustancia	
		Medicamentos	Medicamentos alopatícos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público)	
	Expendio o suministro al público	Farmacia alopatíca	Medicamentos homeopáticos	
Farmacia homeopática		Medicamentos herbolarios		
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Botica	Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos	
		Plaguicidas	Químicos Bioquímicos Microbianos	Botánicos Misceláneos
		Sustancias tóxicas	Nombre químico de la sustancia tóxica	
		Precursor químico y/o producto químico esencial	Nombre del precursor y/o producto químico esencial	
		Nutrientes vegetales	Fertilizante Mejorador de suelo Humectante de suelo	Inoculante Regulador de crecimiento
		Productos con límite de metales pesados	Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares	

DOCUMENTO CONFIDENCIAL