gob mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Avisos

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-03
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso
233300514X0482

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

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	**COFEPRIS-05-014**	Nombre:	**Aviso de Maquila de Insumos Para la Salud**
Modalidad:			

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, S.A. DE C.V.**
Representante legal o apoderado que solicita el trámite	
RFC:	**POSM710304EH6**
CURP (opcional):	
Nombre(s):	**MAURICIO**
Primer apellido:	**PONTONES**
Segundo apellido:	**SIMON**
Lada:	**55**
Teléfono:	**5501 9411**
Extensión:	
Correo electrónico:	**mpontones@medicapolaris.com**

19 MAY 2023

Domicilio fiscal del propietario

Código postal:	**09810**	Localidad:	**N/A**
Tipo y nombre de vialidad: **CALLE GANADEROS** (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)		Municipio o alcaldía:	**IZTAPALAPA**
		Entidad Federativa:	**CIUDAD DE MÉXICO**
		Entre vialidad (tipo y nombre):	**CALLE TRIGO**
Número exterior: **234-B**	Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):	**CALLE CEREALES**

"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)"

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: **COLONIA GRANJAS ESMERALDA** (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre): **CALLE CAMPESINOS** Lada: **55** Teléfono: **5501 9411** Extensión: **N/A**

3. Datos del establecimiento

RFC: **INP050411A58**	Denominación o razón social: **INDUSTRIAS NACIONALES PLASTICAS, S.A. DE C.V.**

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
339112	**Fabricación de material desechable de uso médico**
313230	**Fabricación de telas no tejidas (Solo fabricación o almacen de productos higiénicos y/o material de curación)**

Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: **AVISO DE FUNCIONAMIENTO**

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

Responsable sanitario	
RFC:	**GACA8006258H3**
CURP (opcional):	
Nombre(s):	**ALAN CHRISTIAN**
Primer apellido:	**GALICIA**
Segundo apellido:	**CASTILLO**

Horario del establecimiento					
Horario de operaciones:					
D L M M J V S	de	08:00 (HH : MM)	a	18:00 (HH : MM)	
D L M M J V S	de	HH : MM	a	HH : MM	
Fecha de inicio de operaciones:	16 (DD) /	12 (MM) /	2019 (AAAA)		

10 MAY 2019

Domicilio del establecimiento

Código postal: **09810**	Localidad: **N/A**
Tipo y nombre de vialidad: **CALLE GANADEROS** (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Municipio o alcaldía: **IZTAPALAPA**
Número exterior: **234-B** Número interior:	Entidad Federativa: **CIUDAD DE MÉXICO**
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: **COLONIA GRANJAS ESMERALDA** (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	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: **N/A**

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

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	**MAURICIO**
Primer apellido:	**PONTONES**
Segundo apellido:	**SIMON**
Lada:	**55**

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	**VERONICA**
Primer apellido:	**AGUIRRE**
Segundo apellido:	**SANCHEZ**
Lada:	**55**

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Teléfono:	**5501 9411**
Extensión:	**N/A**
Correo electrónico:	**mpontones@medicapolaris.com**

Teléfono:	**5501 9411**
Extensión:	**N/A**
Correo electrónico:	**N/A**

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	**DAVID**
Primer apellido:	**ARZATE**
Segundo apellido:	**FLORES**
Lada:	**55**
Teléfono:	**5501 9411**
Extensión:	**N/A**
Correo electrónico:	**darzate@medicapolaris.com**

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	**RAUL ELIGIO**
Primer apellido:	**-------**
Segundo apellido:	**GOMEZ**
Lada:	**55**
Teléfono:	**5501 9411**
Extensión:	**N/A**
Correo electrónico:	**N/A**

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 9411**
Extensión:	**N/A**
Correo electrónico:	**N/A**

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:	**GARCÍA**
Segundo apellido:	**LINARES**
Lada:	**55**
Teléfono:	**5501 9411**
Extensión:	**N/A**
Correo electrónico:	**N/A**

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

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

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

1 FEBRY 2023

Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Teléfono:	**5674 9347**
Extensión:	**N/A**
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:	**N/A**
Correo electrónico:	**solucion_i@yahoo.com**

4. Datos del producto

Producto	Producto
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.	Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio: DISPOSITIVO MEDICO	1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
2) Especificar: MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN	2) Especificar:
3) Denominación especifica del producto o servicio:	3) Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Paquete Integral Universal II (U-Bar)	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: PAQUETE DE ROPA QUIRÚRGICA	5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
6) Forma farmacéutica o estado físico: PRODUCTO TERMINADO	6) Forma farmacéutica o estado físico:
7) Cantidad o volumen total: 120,000	7) Cantidad o volumen total:
8) Unidad de medida: PZ	8) Unidad de medida:
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO	9) Tipo de producto:
10) Uso específico o proceso: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	10) Uso específico o proceso: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:	11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:
12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:	12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:

19 MAY 2023

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 0132C2013 SSA	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
14) Fracción arancelaria:	14) Fracción arancelaria:
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:	15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:
16) Cantidad de lotes: 60	16) Cantidad de lotes:
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias:
18) Presentación destinada a: Exportación Sector salud G.I. ● Venta	18) Presentación destinada a: Exportación Sector salud G.I. Venta
19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):	19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):
20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:	20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
21) Modelo:	21) Modelo:
22) Descripción o denominación del producto:	22) Descripción o denominación del producto:

Nota: Reproducir datos del producto, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

5. Modificación o actualización de los datos

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	
Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:		Código postal:	
	Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)		Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
	Número exterior:	Número interior:	Número exterior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)		Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (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:	

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
☐ Teléfono del establecimiento	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
☐ 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

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
☐ Representante legal	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:

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):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:

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	

Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia.
(Artículo 373 de la Ley general de Salud)

6. Datos del responsable sanitario

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	Segunda columna

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Alta	Baja	A modificar
RFC:		
CURP (opcional):		
Nombre(s):		
Primer apellido:		
Segundo apellido:		
Lada:		
Teléfono:		
Extensión:		
Correo electrónico:		
Con título profesional de:		
Título profesional expedido por:		
Número de cédula profesional:		
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 HH : MM a 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 alta o baja		

Ya modificado
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
Con título profesional de:
Título profesional expedido por:
Número de cédula profesional:
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 HH : MM a 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

7. Datos del maquilador

Persona física	
RFC:[a]:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Persona moral	
RFC:[a]:	**NEX 130913 C14**
Denominación o razón social:	
NEXTMED, S.A. DE C.V.	

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Datos del responsable sanitario	
RFC:	**FOES880820SL3**
CURP (opcional):	
Nombre(s):	**SHUJEY CARMEN**
Primer apellido:	**FLORES**
Segundo apellido:	**ENRÍQUEZ**
Lada:	**743**
Teléfono:	**741 1950**
Extensión:	**113**
Correo electrónico:	**shujey.flores@nextmed.com.mx**

Datos de la maquila

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

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

Proceso a maquilar:	FABRICACION Y ACONDICIONAMIENTO HASTA PRODUCTO TERMINADO
Motivo de la maquila:	TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA
Tiempo de duración de la maquila:	1 AÑO
Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:	AVISO DE FUNCIONAMIENTO

Domicilio del maquilador

Código postal: 43830	Localidad: ZEMPOALA
Tipo y nombre de vialidad: CALLE FRANCISICO I. MADERO (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Municipio o alcaldía: ZEMPOALA
	Entidad Federativa: HIDALGO
	Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE ZARAGOZA
Número exterior: 110 / Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE TEMBLEQUE
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA CENTRO (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE ABASOLO
	Lada: 743
	Teléfono: 741 1950
	Extensión: N/A

8. Datos con quien se efectúa la operación de importación o exportación

País de origen:	País de procedencia:
País de destino:	Aduana de entrada o salida: (Especifique sólo una)

8.A. Datos del fabricante

Persona física	Persona moral
RFC:[a]:	RFC
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del fabricante

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Municipio o alcaldía:[a]:
	Entidad Federativa:[a]:
	Entre vialidad (tipo y nombre):
Número exterior: / Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

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

8.B. Datos del proveedor

Persona física
RFC:[a]:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC:[a]:
Denominación o razón social:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del proveedor

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	

Localidad:
Municipio o alcaldía:[a]:
Entidad Federativa:[a]:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

8.C. Datos del facturador o consignatario

Persona física
RFC:[a]:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC:[a]:
Denominación o Razón social:[b]:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.
(b) Los datos del consignatario aplica únicamente en el trámite de exportación de productos químicos esenciales.

Domicilio del facturador o consignatario

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)	

Localidad:
Municipio o alcaldía:[a]:
Entidad Federativa:[a]:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

9. Informe anual de la actividad regulada

Datos del establecimiento	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:
Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:
Extensión:	Extensión:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Persona moral	Personal moral
RFC:	RFC:
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
Domicilio establecimiento	Domicilio establecimiento
Codigo postal:	Codigo postal:
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria entre otros)	Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria entre otros)
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
Localidad:	Localidad:
Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
Nombre de la actividad regulada:	Nombre de la actividad regulada:
Fecha en la que se realizó la actividad: / / DD MM AAAA	Fecha en la que se realizó la actividad: / / DD MM AAAA
Sustancia:	Sustancia:
Cantidad o volumen:	Cantidad o volumen:
Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:	Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:

Nota: Para el caso de más de dos establecimientos, reproducir este recuadro, tantas veces sea necesario.

19 MAY 2023

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. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario.(Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos publicos? ○ **Si** ◗ **No**

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

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

MAURICIO PONTONES SIMON

19 MAY 2023

Nombre completo y firma autógrafa del propietario
o representante legal o responsable sanitario

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**.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

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