Avisos

Homoclave del formato	-
FF-COFEPRIS-03	
Número de RUPA	
and the second s	
	unio Accepta

Uso exclusivo de la COFEPRIS

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

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

2. Datos del propietario

одинация на принципут дом на продости на принципут на принципут на принципут на принципут на принципут на прин На принципут на принципут	Persona física
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

		The state of the s
_		Persona moral
RFC. IN	P050411	A58
Denominaci		
INDUSTRIA	S NACIO	ONALES PLASTICAS S.A. DE C.V.
Rep	resentan	te legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: PO	OSM710	304EH6
CURP (opcio	nal):	
Nombre(s):		MAURICIO
Primer apel	lido:	PONTONES
Segundo ap	ellido:	SIMON
Lada:	55	
Teléfono:	5501 9	9411
Extensión:	NAME OF TAXABLE PARTY.	
Correo elec	trónico:	mpontones@medicapolaris.com

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 09810 Tipo y nombre de vialidad CALLE GANADEROS (Por ejemplo: Avenida, outevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) Número interior:

Localidad: N/A	
Municipio o alcaldía:	IZTAPALAPA
Entidad Federativa:	CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialidad (tipo y nombre):	CALLE TRIGO
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)"







Contacto:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

COLONIA GRANJAS ESMERALDA

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

Vial	idad post	erior (tipo y nombre):	CALLE CAMPESINOS
Lad	a:	55	
Tele	éfono:	5501 9411	
Exte	ensión:	N/A	

3. Datos del establecimiento

RFC: INP050411A5	Denominación o razón social: INDUSTRIAS NACIONALES PLASTICAS, S.A. DE C.V.
Indique la clave y descri	pción 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)
	Text Assert Asse

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: GACA8	006258H3
CURP (opcional):	
Nombre(s):	ALAN CHRISTIAN
Primer apellido:	GALICIA
Segundo apellido:	CASTILLO

		((11)			H	lora	rio del e	stablecimiento		
Н	orari	o de	ope	raci	ones			•		
D						s	de	08:00 HH: MM	а	18:00 HH: MM
р	L	М	M	J	٧	s	de	EH;MM	а	HH:MM
Fe	echa	de i	nicio	de	ope	raci	ones:	16 /	12 MM	2019

Domicilio del establecimiento

09810 Código postal:

Tipo y nombre de vialidad:

CALLE GANADEROS

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

Número exterior: 234-B

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano

COLONIA GRANJAS ESMERALDA

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condomínio, hacienda, rancho, fraccionamiento

		. 1177
stablecimient)	g MAY LUC
Localidad:	N/A	
Municipio o a	alcaldía:	IZTAPALAPA
Entidad Fede	erativa:	CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialida	d (tipo y nombre):	CALLE TRIGO
Y vialidad (tip	o y nombre):	CALLE CEREALES
Vialidad pos	terior (tipo y nom	bre): CALLE CAMPESINOS
Lada:	55	
Teléfono:	5501 9411	
Extensión:	N/A	

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

		Representa	inte legal	
CURP (opc	ional):			
Nombre(s)	: MAL	JRICIO		
Primer ape	ellido:	PONTONES		
Segundo	pellido:	SIMON		
Lada:	55			
Teléfono:	5501	9411		

		Persona	autorizada
CURP (opcion	al):		
Nombre(s):	VER	ONICA	
Primer apelli	do:	AGUIRRE	
Segundo ap	ellido:	SANCHEZ	
Lada:	55		
Teléfono:	5501 9	411	







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

Extensión: N/A

mpontones@medicapolaris.com Correo electrónico:

Extensión:

Correo electrónico:

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

	Representante legal
CURP (opciona);
Nombre(s):	DAVID
Primer apellid	o: ARZATE
Segundo ape	lido: FLORES
Lada:	55
Teléfono:	5501 9411
Extensión:	N/A
Correo electro	nico: darzate@medicapolaris.com

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

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

ren elem a mense el la barben el levido a l'articult articult de trade de l'international de l'articult de l'ar	Representante legal
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

	Persona autorizada
CURP (opcional):	
Nombre(s):	ANA ALICIA V MM
Primer apellido:	SANTOS
Segundo apellido:	GONZALEZ
Lada: 55	
Teléfono: 5501	9411
Extensión: N/A	
Correo electrónico:	N/A
NESSERVICE PROPERTY AND PROPERTY OF THE PROPER	

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

Andria (Persona autorizada
CURP (opcion	nal):	
Nombre(s):		DIANA ADRIANA
Primer apell	ido:	GARCÍA
Segundo ap	ellido:	LINARES
Lada:	55	
Teléfono:	5501 9	9411
Extensión:	N/A	
Correo elec	trónico:	N/A

	Representante legal
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer ap <mark>e</mark> llido:	
Segundo apellido:	

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







Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 0380. Teléfono 01-800-033-5050

contacto@cofepris.gob.mx

Lada:	A STREET, THE PARTY IN
Teléfono:	Commence commence
Extensión:	Personneland
Correo electrónico:	CAL TRACECOL

Lada:	55
Teléfono:	5674 9347
Extensión:	N/A
Correo electr	ónico: solucion i@yahoo.com

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

		Persona au	ıtorizada		
CURP (opcior	nai):				
Nombre(s):		JOSE LUIS			
Primer apell	Primer apellido:				,
Segundo ap	ellido:	RAMIREZ			
Lada:	55				
Teléfono:	5674	9347			
Extensión:	N/A				
Correo elec	trónico:	solucion_i@y	ahoo.com	123	

4. Datos del producto

Producto								
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.								
Nombre de la clasificación del producto o servicio:								
DISPOSITIVO MEDICO								
2) Especificar:								
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN								
3) Denominación especifica del producto o servicio:								
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:								
Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol								
Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:								
Paquete Estéril para Artroscopía								
6) Forma farmacéutica o estado físico:								
PRODUCTO TERMINADO								
7) Cantidad o volumen total: 120,000								
8) Unidad de medida: PZ								
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO								
10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26								

Producto											
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.										and the second s	
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:										- Address of the Addr	
DISPOSITIVO MEDICO											
2) Especificar:									1		
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN]			
3) Denominación especifica del producto o servicio:											
							vanonië en	~~~~~			
ercial) o de	enor	nina	ción	dis	tinti	va:) e di serie
Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol											
Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: Paquete Estéril para Artroscopía de Hombro											
6) Forma farmacéutica o estado físico:											
PRODUCTO TERMINADO											
otal:		.,	120	,00	0		consumer and the	i-Mi wananan	***************************************	ena venal dueva	
		PΖ		ioren hannel					-		
	PF	30F	UC	ГО	ΓER	MΙΝ	IAD	0			
		17	5 18	6 19	7 20	8 21	9 22	10 23	11 24	12 25	13 26
	RÚR RÚR ffica c recial para (para (para (poara (po	y 2) de e . RÚRGICO fica del pr roial) o de para Cirug n Internaci a Artrosco o estado f DO otal:	y 2) de esta : cición del produ RÚRGICOS \ fica del produ crcial) o denor cara Cirugía C o Internaciona a Artroscopía o estado físico DO otal: PZ PROD 1 2 3 4	y 2) de esta seco. cición del producto RÚRGICOS Y DE fica del producto o ricial) o denomina para Cirugía Ortop n Internacional (Di a Artroscopía de H o estado físico: DO otal: 120 PZ PRODUCT	y 2) de esta sección ción del producto o se RÚRGICOS Y DE CU fica del producto o se ricial) o denominación para Cirugia Ortopédio n Internacional (DCI), a Artroscopía de Hom o estado físico: DO otal: 120,00 PZ PRODUCTO 1 2 3 4 5 6	y 2) de esta sección con cición del producto o servici RÚRGICOS Y DE CURAN fica del producto o servici ricial) o denominación dis para Cirugía Ortopédica M n Internacional (DCI), den a Artroscopía de Hombro o estado físico: DO otal: 120,000 PZ PRODUCTO TER	y 2) de esta sección consulte. ación del producto o servicio: RÚRGICOS Y DE CURACIÓ fica del producto o servicio: ación del	y 2) de esta sección consulte la cición del producto o servicio: RÚRGICOS Y DE CURACIÓN fica del producto o servicio: crcial) o denominación distintiva: cara Cirugía Ortopédica Medpol n Internacional (DCI), denominac a Artroscopía de Hombro o estado físico: DO otal: 120,000 PZ PRODUCTO TERMINAD. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	y 2) de esta sección consulte la sección del producto o servicio: RÚRGICOS Y DE CURACIÓN fica del producto o servicio: ricial) o denominación distintiva: para Cirugia Ortopédica Medpol n Internacional (DCI), denominación de Artroscopía de Hombro o estado físico: DO otal: 120,000 PZ PRODUCTO TERMINADO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	y 2) de esta sección consulte la sección. ción del producto o servicio: RÚRGICOS Y DE CURACIÓN fica del producto o servicio: crcial) o denominación distintiva: correctar a Cirugía Ortopédica Medpol n Internacional (DCI), denominación Gen a Artroscopía de Hombro o estado físico: DO otal: 120,000 PZ PRODUCTO TERMINADO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	y 2) de esta sección consulte la sección 4A cición del producto o servicio: RÚRGICOS Y DE CURACIÓN fica del producto o servicio: proial) o denominación distintiva: para Cirugía Ortopédica Medpol n Internacional (DCI), denominación Genéric a Artroscopía de Hombro o estado físico: DO otal: 120,000 PZ PRODUCTO TERMINADO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12





11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:



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

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:	Techa a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:
DO MM AAAA	DD MM AAAA
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0136C2013 SSA	0136C2013 SSA
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: 60
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias:
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada at
Exportación Sector Venta	Exportación Sector G.I. Ven
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:
Dod does	Producto
Producto	La plant from the control of any high control control of any high control cont
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:	1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
DISPOSITIVO MEDICO	DISPOSITIVO MEDICO
2) Especificar:	2) Especificar:
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN	MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN
3) Denominación especifica del producto o servicio:	3) Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Paquete de Ropa para Cirugia Ortopédica Medpol	Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol
Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Paquete Est <mark>er</mark> il para Artroscopía de Rodilla	Paquete para Artroscopía Estéril
6) Forma farmacéutica o estado físico:	6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUC <mark>T</mark> O TERMINADO	PRODUCTO TERMINADO
7) Contidad a valuman total: 120,000	7) Contided a valumen total: 120,000









8) Unidad de medida: PZ	8) Unidad de medida: PZ
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO	9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO
10) Uso específico	10) Uso específico o
11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:	11) Concentración del princípio 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:	Techa a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta: /
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0136C2013 SSA	0136C2013 SSA
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: 60
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta	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:

Producto	
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	
2) Especificar:	
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN	
3) Denominación especifica del producto o servicio:	
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	
Paquete de R <mark>o</mark> pa para Cirugía Ortopédica Medpol	

Producto

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

2) Especificar:
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN

3) Denominación especifica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol









Contacto:

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	5) Denominación Común Internacional (DCI), denominacion Generica o nombre científico:
Paquete Estéril para Cirugía de Cadera	Paquete Estéril para Cirugía de Extremidad adulto
6) Forma farmacéutica o estado físico:	6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO	PRODUCTO TERMINADO
7) Cantidad o volumen total: 120,000	7) Cantidad o volumen total: 120,000
8) Unidad de medida: PZ	8) Unidad de medida: PZ
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO	9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO
10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 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:
13) Número de Registro o Autorízación Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0136C2013 SSA	0136C2013 SSA
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: 60
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias:
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta	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:
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.



DISPOSITIVO MEDICO

2) Especificar:



1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:

MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN





DISPOSITIVO MEDICO

2) Especificar:

1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:

MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN

2) 2	
Denominación especifica del producto o servicio:	Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol	Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol
Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica
Paquete Estéril para Cirugía de Extremidad Pediátrica	o nombre científico:
6) Forma farmacéutica o estado físico:	Paquete Estéril para Cirugía Ortopédica
PRODUCTO TERMINADO	6) Forma farmacéutica o estado físico:
	PRODUCTO TERMINADO
7) Cantidad o volumen total: 120,000	7) Cantidad o volumen total: 120,000
8) Unidad de medida: PZ	8) Unidad de medida: PZ
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO	9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO
10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 14 15 6 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	12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra
venta:	venta:
DD MM AAAA	DD MM AAAA
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 0136C2013 SSA	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 0136C2013 SSA
14) Fracción arancelaria:	14) Fracción arancelaria:
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:	
, , so that a second of the se	15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:
16) Cantidad de lotes: 60	16) Cantidad de lotes: 60
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias:
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta	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:
	The state of the s
Producto	Producto
Para llenar os 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.









Contacto:

Nombre de la clasificación del producto o servicio:	Nombre de la clasificación del producto o servicio:
DISPOSITIVO MEDICO	DISPOSITIVO MEDICO
2) Especificar:	2) Especificar:
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN	MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN
Denominación especifica del producto o servicio:	Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol	Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol
Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	 Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Paquete para Cirugía Ortopédica	Paquete Estéril para Cirugía de Cabeza y Cuello
6) Forma farmacéutica o estado físico:	6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO	PRODUCTO TERMINADO
7) Cantidad o volumen total: 120,000	7) Cantidad o volumen total: 120,000
8) Unidad de medida: PZ	8) Unidad de medida: PZ
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO	PRODUCTO TERMINADO
10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	10) Uso específico 0 1 2 3 4 5 6 7 8 8 10 11 12 13 proceso: 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:
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:
/ /	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0136C2013 SSA	0136C2013 SSA
14) Fracción arancelaria:	14) Fracción arancelaría:
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:	15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:
16) Cantidad de lotes: 60	16) Cantidad de lotes: 60
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias:
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta	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) Descri <mark>p</mark> ción o denominación del producto:	22) Descripción o denominación del producto:
A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O	THE PROPERTY OF THE PROPERTY O









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.
Nombre de la clasificación del producto o servicio:	Nombre de la clasificación del producto o servicio:
DISPOSITIVO MEDICO	DISPOSITIVO MEDICO
2) Especificar:	2) Especificar:
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN	MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN
3) Denominación especifica del producto o servicio:	3) Denominación especifica del producto o servicio.
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol	Paquete de Ropa para Cirugía Ortopedica Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Equipo Quirúrgico para extremidades adulto	Equipo Quirúrgico para Cabeza y Cuello
6) Forma farmacéutica o estado físico:	6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO	PRODUCTO TERMINADO
7) Cantidad o volumen total: 120,000	7) Cantidad o volumen total: 120,000
8) Unidad de medida: PZ	8) Unidad de medida: PZ
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO	9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO
10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 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:
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:
DD MMM AAAA	DD MM AAAA
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0136C2013 SSA	0136C2013 SSA
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: 60
17) Prórroga de plazo para agolar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias:
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta	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	o establecido en cada tipo de trámite.
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.
Nombre de la clasificación del producto o servicio: DISPOSITIVO MEDICO	Nombre de la clasificación del producto o servicio: DISPOSITIVO MEDICO
2) Especificar: MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN	Especificar: MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN
Denominación específica del producto o servicio:	Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol	Paquete de Ropa para Cirugia Ortopédica Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	 Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Equipo Desechable de Cadera	Equipo Quirúrgico para Extremidades Pediátrico
6) Forma farmacéutica o estado físico:	6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO	PRODUCTO TERMINADO
7) Cantidad o volumen total: 120,000	7) Cantidad o volumen total: 120,000
8) Unidad de medida: PZ	8) Unidad de medida. PZ
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO	9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO
10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	16) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 proceso: 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:
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	12) Número de Presistas e Astria de Constante de Constant
0136C2013 SSA	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 0136C2013 SSA
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: 60
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias:
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada a:







Exportación Sector salud G.I. Venta	Exportacion 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 l	o establecido en cada tipo de trámite.
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.
Nombre de la clasificación del producto o servicio:	1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
DISPOSITIVO MEDICO	DISPOSITIVO MEDICO
2) Especificar:	2) Especificar:
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN	MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN
Denominación especifica del producto o servicio:	3) Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol	Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Paquete para Cirugía de Cabeza y Cuello	Paquete para Cirugía de cabeza y cuello estéril
6) Forma farmacéutica o estado físico:	6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO	PRODUCTO TERMINADO
7) Cantidad o volumen total: 120,000	7) Cantidad o volumen total: 120,000
8) Unidad de medida: PZ	8) Unidad de medida: PZ
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO	9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO
10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	10) Uso específico 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
proceso: 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	proceso: 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:	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:	Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta: //
DD MM AAAA	12) Número de Pagistre e Autorización Sanitaria e Clave Alfanumárica:
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 0136C2013 SSA	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:0136C2013 SSA
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: 60
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias:
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta	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.

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	o establecido en cada tipo de trámite.
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.
Nombre de la clasificación del producto o servicio:	1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
DISPOSITIVO MEDICO	
2) Especificar:	2) Especificar:
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN	
3) Denominación especifica del producto o servicio:	3) Denominación específica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Paquete de Ropa para Cirugía Ortopédica Medpol	
Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genética o nombre científico: Paquete o Bulto de ropa estéril para ortopedia	 Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
6) Forma farmacéutica o estado físico:	6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO	
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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	10) Uso específico o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
O proceso: 14 15 18 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	proceso: 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	12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación
o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:	o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:
	/
MM AAAA	DD MM AAA







13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0136C2013 SSA	
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:	18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta	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 le	o establecido en cada tipo de tramite.

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.

בון ונו נטטוט ביסטט מסטוו		and the same of th	AND AND ADDRESS OF THE PROPERTY OF THE PROPERT	*****************************	
Tipo de modificación	Dice			Debe decir	
(1907) og 1904 gipter (lyg flygreg, gregory en gregory en	Código postal:		Código postal:		
	Tipo y nombre de vialidad:		Tipo y nombre de vialidad:		
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, priva entre otros)	ada, terracería	(Por ejemplo: Avenida, bouleva entre otros)	ırd, calle, carretera,	
	Número exterior: Número interior:		Número exterior: Núm		
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humar	no:	Tipo y nombre de la colo	onia o asentami	

A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, call entre otros)	ie, carretera, camino, privada, terraceria			
Domicilio del propietario (domicilio	Número exterior: Número interior:	Número exterior:	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, hacíenda, rancho, fraccionamiento entre ofros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)				
	Localidad:	Localidad:				
fiscal)	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:				
	Entidad Federaliva:	Entidad Federativa:				
operation of the second of the	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:				







gob mx																							
			Cor	nisio	ón F	ede	ral p	oara	la Prote	ecci	ón conti	ra Ri	esg	os S	anit	ario	S						
Extensión:										Ext	ensi	ón:			/ CF 00 C C C C C C C C C C C C C C C C C	~~	~~~~~						
Tipo de modificación	Dice											T .					Det	e de	cir				
The second second section is a second section of the second second section of the second section (second section (section (s	Lada:											Lad	a;			Paris 10000 P-1-4-		v	***************************************		and the second second	Miller has and an arrange of the	Ave. 10.000
Teléfono del	Teléf	ono:		**********	2004 HAVE 110	***************************************	********					Tel	éfonc						~~~	*************			************
establecimiento	Exter	nsión		*********	******		TATEFAL STREET	Trockes or the challen			ornandinalalos lless ar essenios assess	Ext	ensió	n:	***********								CHISTORN COLUMN
Horario del	t-T	L	М	М	J	V	8	de	HH : MM	а	HH : MM	D	L	М	М	J	V	s	de	HH ; MM	a		Asta
establecimiento	D	L	M	М	J	V	s	de	HH : MM	а	HH : MM	D	L	М	М	J	٧	s	de	HH MM	a		MM
Tipo de modificación					***************************************		Dice					T	1 7 7 1				Det	ne de	cir		7	The same of the sa	
	CUR	P (op	ciona	il):	***************************************	han director in the last to a						Debe decir CURP (opcional):							-				
Nombre(s):						Nombre(s):								eninicis returna									
	Prim			do:				************		~~~~		Primer apellido:							***************				
Representante		recommenda a servicio	iliter (many many			Territoria de la constitución de		************		*********	***************************************	Segundo apellido:							-				
legal	Segundo apellido: Lada:										Lada:												
	Teléf				rtunnetunal unter	- Andr 70 An 1977 (19 An)	~~~~			****		Teléfono:											
	Exte	nsiór		***************************************		er (#000res (#170 vo	**************************************	lankimaliskomposidars				Extensión:							***********				
	Corre	~~~		ónico		A		~~~~		******		Correo electrónico:											
Nota: Reproducir el aparta	1					ntas v	eces	como	representa	antes	legales ter	nga notificados o requiera notificar.											
		Managaran and a second	*********															~~~	(polyments and on the				
Tipo de modificación							Dice					Debe decir											
	CUR			1):	W-7-1							reference conserve	***	opciona	1):			**************************************				Trace Server Consumer	
	Nom							*********		- Constitution		Nombre(s):							***********				
_	Prime		and recolorite		-			The court of the Windson				Primer apellido:											
Persona autorizada	Segu	************	ape	Ilido:	*****	****				_		Segundo apellido:						na articularitari					
autorizada	Lada Teléf				·							<u> </u>	Lada:										
			and the same of th	Tara halloware and a state of	***************************************	·					***************************************	·}	éfon	Charles Secure de l'Albert de No	terre a contractor de la	milioto d'estronomat		***************************************	~~~~				And William Committee
Extensión: Correo electrónico:					Extensión: Correo electrónico;																		
Nota: Reproducir el apartad						ntas v	eces	como	personas a	utor	izadas teng						car.	****				Wheephot search is security to	and the second second
Suspensiór	de act	tivida	ades		. •		7		10	Reir	nicio de ac	ctivida	ades	o and and the sections		$\overline{\bigcirc}$	Baja	defii	nitiva	del est	ableci	imiento	 ວ
De DD MM	AAAA	А			/	MM	/	AAA	Feci	ha	DD /	MM	/	AAA	Sinches and State of Contract of								

Suspensión de actividades	() () R	einicio 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 (Artículo 373 de la Ley general de Safud)	con licencia, requiere la solicitud	de una nueva licencia.					
6. Datos del responsable sanitario							
En caso de alta o baja del responsable sanit En caso de modificar los datos del responsa datos ya modificados.	ario utilice la primera column ble sanitario utilice la primera	a. I columna para anotar los dato	s actuales y la segunda columna para los				
Primera columna			Segunda columna				
○ Alta ○ Baja	A modificar	Ya modificado					
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:									
Con título profesional de:	Con título profesional de:									
Título profesional expedido por:	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 Firma del responsable sanitario: Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización maquilador Datos del responsable sanitario RFC: FOES880820SL3 CURP (opcional): Nombre(s): SHUJEY CARMEN Primer apellido: FLORES O MAY Teléfono: 741 1950 Extensión: Correo electrónico: shujey.flores@nextmed.com.mx									
Número de cédula profesional:	Número de cédula profesional:									
Con especialidad de:	Con especialidad de:									
Título de especialidad expedido por:	Título de especialidad expedido por:									
Número de cédula de la especialidad:	Número de cédula de la especialidad:									
Horario de operaciones	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									
D L M M J V S de HH:MM a HH:MM	D L M M J V 8 de HH MM a									
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja 7. Datos de	Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización									
Persona física	Datos del responsable sanitario									
RFC: ^(a) :	RFC: FOES880820SL3									
CURP (opcional):	CURP (opcional):									
Nombre(s):										
Primer apellido:										
Segundo apellido:										
Persona moral										
RFC:(a): NEX 130913 C14	Teléfono: 741 1950									
Denominación o razón social:	Extensión:									
NEXTMED, S.A. DE C.V.	Correo electrónico: shujey.flores@nextmed.com.mx									
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.										
	e la maquila									
Proceso a maquilar FABRICACION Y ACONDICIONAMIENTO HASTA	A PRODUCTO TERMINADO									
Motivo de la maquila: TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIA										
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:	Municipio o alcaldía: ZEMPOALA						
CALLE FRANCISICO I. MADERO	Entidad Federativa: HIDALGO						
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria entre otros)	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:	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE ABASOLO						
COLONIA CENTRO	Lada: 743						
	Teléfono: 741 1950						
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	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:						
Taro de destino.	(Especifique sólo una)						
8.A. Date	s del fabricante espaisa de la						
Persona física	Persona moral						
RFC: ^(a) ;	RFC Personal modal						
CURP (opcional):	Denominación o razón social:						
Nombre(s):	Belleti Miladori O'dzori Social.						
Primer apellido:							
Segundo apellido:							
(a) Sòlo cuando el establecimiento sea nacional.							
Domici	lio del fabricante						
Código postal:	Localidad:						
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:(a):						
	Entidad Federativa: ^(a) :						
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entre vialidad (tipo y nombre):						
Número exterior: Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):						
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):						
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.							
en Politika (1911) ji Berbaji ka Najara ka 18.8. Dato	s del proveedor						
Persona física	Persona moral						
RFC: ^(a) :	RFC:(a):						
CURP (opcional):	Denominación o razón social:						
Nombre(s):							







Primer apellido:						
Segundo apellido:						
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.						
Domici	lio del proveedor					
Código postal:	Localidad:					
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:(a):					
	Entidad Federativa:(a):					
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entre vialidad (tipo y nombre):					
Número exterior: Número interior:	Localidad: Municipio o alcaldia:(a): Entidad Federativa:(a): Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre): urador o consignatario Persona moral RFC:(a): Denominación o Razón social:(b): s químicos esenciales. ador o consignatario Localidad: Municipio o alcaldía:(a): Entidad Federativa:(a): Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Vialidad posterior (tipo y nombre):					
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):					
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento						
entre otros.)						
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.						
8.C. Datos de	el facturador o consignatario					
Persona física	Persona moral					
RFC: ^(a) :	RFC; ^(a) :					
CURP (opcional):	Denominación o Razón social:(b):					
Nombre(s):						
Primer apellido:						
Segundo apellido:						
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.						
(b) Los datos del consignatario aplica únicamente en el trámite de exportación de pro						
Domicilio del	acturador o consignatario					
Código postal:	Localidad:					
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:(a):					
,()	Entidad Federativa: ^(a) :					
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entre vialidad (tipo y nombre):					
Número exterior: Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):					
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):					
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condomínio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)						
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.	and T					
9. Informe anual	de la actividad regulada					
Datos del establecimiento						
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:	Tipo y nombre de vialidad:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
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:
Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
Nombre de la actividad regulada:	Nombre de la actividad regulada:
Fecha en la que se realizó la / / actividad:	Fecha en la que se realizó la / / / actividad:
Sustancia:	DD MM AAAA 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 ve	ces sea necesario.

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 incumir 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?











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

gob mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

MAURICIO PONTONES SIMON 9 W/NY 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 seguirniento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al 01-800-420-4224.









Contacto: