

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 |
| 233300514X0520 |

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 válido 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 |

"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:
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

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

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**

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:

| | | | | | | |
|----|---|---|----|--------------|---|--------------|
| de | | s | de | 08:00 | a | 18:00 |
| | | | | HH: MM | | HH: MM |
| D | L | M | M | J | V | S |
| | | | | | | |

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: **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**

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

Lada: **55**

Teléfono: **5501 9411**

Extensión: **N/A**

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



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

| Representante legal | |
|---------------------|-----------------------------|
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | MAURICIO |
| Primer apellido: | PONTONES |
| Segundo apellido: | SIMON |
| Lada: | 55 |
| Teléfono: | 5501 9411 |
| Extensión: | N/A |
| Correo electrónico: | mpontones@medicapolaris.com |

| Persona autorizada | |
|---------------------|-----------|
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | VERONICA |
| Primer apellido: | AGUIRRE |
| Segundo apellido: | SANCHEZ |
| Lada: | 55 |
| Teléfono: | 5501 9411 |
| Extensión: | N/A |
| Correo electrónico: | N/A |

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

| 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 |

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

| 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 |

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

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

| Persona autorizada | |
|--------------------|---------------|
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | DIANA ADRIANA |
| Primer apellido: | GARCÍA |
| Segundo apellido: | LINARES |
| Lada: | 55 |
| Teléfono: | 5501 9411 |
| Extensión: | N/A |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Correo electrónico:

Correo electrónico: N/A

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

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

| Persona autorizada |
|--|
| CURP (opcional): |
| Nombre(s): LYDIA REMEDIOS |
| Primer apellido: BALLESTEROS |
| Segundo apellido: BRAVO |
| Lada: 55 |
| Teléfono: 5674 9347 |
| Extensión: N/A |
| 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.

| 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 |

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

4. Datos 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 específica del producto o servicio: |
| 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Kit para Recepción y Nutrición del Recién Nacido Polaris |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: Recepción de Bebé |

| 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 específica del producto o servicio: |
| 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Kit para Recepción y Nutrición del Recién Nacido Polaris |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: Recepción de Bebé |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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 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 dólares:

12) 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

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0283E2020 SSA

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes: 60

17) Prórroga de plazo para agotar existencias:

18) Presentación destinada a:

Exportación Sector salud G.I. Venta

19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

22) Descripción o denominación del producto:

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 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 dólares:

12) 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

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0283E2020 SSA

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes: 60

17) Prórroga de plazo para agotar existencias:

18) Presentación destinada a:

Exportación Sector salud G.I. Venta

19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

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.

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 específica del producto o servicio:

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 específica del producto o servicio:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Kit para Recepción y Nutrición del Recién Nacido Polaris

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Bulto para Atención al Recién Nacido

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 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:

12) 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

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0283E2020 SSA

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes: 60

17) Prórroga de plazo para agotar existencias:

18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta

19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

22) Descripción o denominación del producto:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Kit para Recepción y Nutrición del Recién Nacido Polaris

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Nutrición de Bebé

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 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:

12) 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

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0283E2020 SSA

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes: 60

17) Prórroga de plazo para agotar existencias:

18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta

19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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 |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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 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, 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 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teléfono del establecimiento | 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 |

| Tipo de modificación | Dice | Debe decir |
|--|---------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

| Tipo de modificación | Dice | Debe decir |
|---|---------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 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 / / A / / Fecha / /

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 | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|----------------------------|---|---|-----------------------------------|----|----|---|----|---|----|---|----|
| <input type="radio"/> Alta | | | <input type="radio"/> Baja | | | <input type="radio"/> 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 | | | | | | | | | | | | | | |

| Segunda columna | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|----|----|---|----|---|----|---|----|
| <input type="radio"/> 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: | | | | | | | | | | | | | | |



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

Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja

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): | GIS 190430UY8 |
| Denominación o razón social: | GRUPO INDUSTRIAL EN SANITIZACION Y ESTERILIZACION SA DE CV |

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

| Datos del responsable sanitario | |
|---------------------------------|------------------------|
| RFC: | RERD921223PZ7 |
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | DIANA SARAHI |
| Primer apellido: | REYES |
| Segundo apellido: | RIVERON |
| Lada: | 77 |
| Teléfono: | 31058673 |
| Extensión: | |
| Correo electrónico: | diana.reyes@gisesa.com |

Datos de la maquila

| | |
|---|--------------------------------------|
| Proceso a maquilar: | ESTERILIZACION DE PRODUCTO TERMINADO |
| Motivo de la maquila: | ESTERILIZACION |
| 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: | 42970 |
| Tipo y nombre de vialidad: | CALLE ORIENTE |
| <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> | |
| Número exterior: | S/N |
| Número interior: | EDIFICIO FESA #4 |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: | PUEBLO TLAMACO |
| <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small> | |

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Localidad: | N/A |
| Municipio o alcaldía: | ATITALAQUIA |
| Entidad Federativa: | HIDALGO |
| Entre vialidad (tipo y nombre): | CALLE OTE 3 |
| Y vialidad (tipo y nombre): | CALLE FRONTERA |
| Vialidad posterior (tipo y nombre): | N/A |
| Lada: | 55 |
| Teléfono: | 51863323 |
| Extensión: | |

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: <small>(Especifique sólo una)</small> |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

8.B. Datos 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.

Domicilio del proveedor

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

8.C. Datos del facturador o consignatario

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

| 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: | |
| <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> | |
| Número exterior: | 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> | |

| |
|-------------------------------------|
| 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.

9. Informe anual de la actividad regulada

| Datos del establecimiento | |
|---|--|
| Persona física | |
| RFC: | |
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | |
| Primer apellido: | |
| Segundo apellido: | |
| Lada: | |
| Teléfono: | |
| Extensión: | |
| Correo electrónico: | |
| Persona moral | |
| RFC: | |
| Denominación o razón social: | |
| Domicilio establecimiento | |
| Código postal: | |
| Tipo y nombre de vialidad: | |
| <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> | |

| Datos del establecimiento | |
|---|--|
| Persona física | |
| RFC: | |
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | |
| Primer apellido: | |
| Segundo apellido: | |
| Lada: | |
| Teléfono: | |
| Extensión: | |
| Correo electrónico: | |
| Persona moral | |
| RFC: | |
| Denominación o razón social: | |
| Domicilio establecimiento | |
| Código postal: | |
| Tipo y nombre de vialidad: | |
| <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> | |

