### **Avisos**

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-03
Número de RUPA
7

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guia 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:	INP0504	11A58
Denon	ninación o ra	azón social:
INDUS	TRIAS NA	CIONALES PLASTICAS, S.A. DE C.V.
		ante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC:	POSM7	10304EHB MAY 2023
CURP	(opcional):	
Nombr	re(s):	MAURICIO
Primer	apellido:	PONTONES
Segun	do apellido:	SIMON
Lada:	. 55	
Teléfo	no: <b>550</b>	1 9411
Extens	sión:	
Correc	electrónico	o: . mpontones@medicapolaris.com
MARKET PROPERTY.		

### 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:

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.)

Vialidad pos	terior (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 descripció	n del giro que corresponda al establecimi	ento de acuerdo al Sistema de Clasificación Indus	strial de América del Norte:
C	Clave SCIAN		Descripción del SCIAN	
PROPERTY AND THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY OF THE P	339112		ición 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	o de licencia sanitaria	a o indique si presentó aviso de funcionan	niento: AVISO DE FUNCIONAMIENTO	

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

	Responsable sanitario
RFC: GACA80	06258H3
CURP (opcional):	
Nombre(s):	ALAN CHRISTIAN
Primer apellido:	GALICIA
Segundo apellido:	CASTILLO

Ho	rari	o de	ope	racio	ones					
			. 91			5	de	08:00 HH: MM	а	18:00 HH: MM
 }	L	M	M	J	V	s	de	HH: MM	а	HH: MM
=_	cha	de	inicio	de	ope	racio	anes: At	199 /	12	/ 2019

### Domicilio del establecimiento

, a proprieta de la companya del companya del companya de la companya del la companya de la comp	2
Código postal:	09810
Tipo y nombre d	e vialidad:

### CALLE GANADEROS

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria 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 a	alcaldía: IZTAPALAPA
Entidad Fed	erativa: CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialida	d (tipo y nombre): CALLE TRIGO
Y vialidad (tip	po y nombre): CALLE CEREALES
Vialidad pos	terior (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): MA	URICIO
Primer apellido:	PONTONES
Segundo apellido:	SIMON
Lada: 55	

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







State Control of the	
Teléfono: 5501 9411	Teléfono: 5501 9411
Extensión: N/A	Extensión: N/A
O electrónico: mpontones@medicapolaris.com	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):	DA	AVID
Primer apellide	o: AF	RZATE
Segundo apel	lido: FL	ORES
Lada:	55	
Teléfono:	5501	9411
Extensión:	N/A	
Correo electro	nico:	darzate@medicapolaris.com ros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autor

CURP (opciona	al):					
Nombre(s):		RAUL ELI	3IO			
Primer apelli	do:		water was comen absorbed from			
Segundo ape	ellido:	GOMEZ				
Lada:	55					English to be the second of the second
Teléfono:	5501	9411			The second secon	and the second s
Extensión:	N/A					Water Company of the
Correo elect	rónico:	N/A		•		

	Representante legal
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	os de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autoriza

, tantas veces como sea ne	
	Persona autorizada
CURP (opcional):	
Nombre(s):	ANA ALICIA
Primer apellido:	SANTOSY 7073
Segundo apellido:	GONZÁLEZ
Lada: 55	
Teléfono: 5501 9	9411
Extensión: N/A	
Correo electrónico:	N/A
) tantas veces como sea i	necesario

Represent	ante legal
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	The control of the co
Teléfono:	Separate in the control of the contr
Extensión:	
Correo electrónico:	

		Persona autorizada	*********
CURP (opcion	al):		
Nombre(s):		DIANA ADRIANA	
Primer apell	ido:	GARCÍA	
Segundo ap	ellido:	LINARES	
Lada:	55		
Teléfono:	5501 9	1411	
Extensión:	N/A		dada sa
Correo elec	trónico:	N/A	

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

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	

	Persona autorizada
CURP (opcional):	
Nombre(s):	LYDIA REMEDIOS







The state of the s	The second secon
	Primer apellido: BALLESTEROS
Primer apellido:	Segundo apellido: BRAVO
Segundo apellido:	A CONTROL OF CONTROL O
	Lada: 55
Lada:	Teléfono: 5674 9347
Teléfono:	Eytensión: NA
Extensión:	LACETSION.
AND AND THE CONTROL OF T	Correo electrónico: solucion_i@yahoo.com
Correo electrónico:  Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s)	tantas veces como sea necesario
Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(o) dutomas (-)	

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

		China and a college of the second of the second
	Persona au	ıtorizada
CURP (opcional):		
Nombre(s):	JOSE LUIS	
Primer apellido:	BARRERA	-
Segundo apellido:	RAMIREZ	
Lada: 55		
Teléfono: 5674	3347	
Extensión: N/A		and the state of t
Correo electrónico:	solucion_i@	yahoo.com
the state of the s	nocacario	

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

### s del producto

4. Datos
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
Denominación especifica 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  6) Forma farmaceutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO
The state of the s
TO CARRIDAD O VOCATION CONTROL
O) Official de Interior.
9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

Para llenar los incisos 1) y 2) del instructivo de llenado.	de esta sección consulte la sección 4A
Nombre de la clasificación	del producto o servicio:
DISPOSITIVO MEDICO	
2) Especificar: MATERIALES QUIRÚRO	GICOS Y DE CURACIÓN
3) Denominación especifica o	del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial)	) o denominación distintiva:
	utrición del Recién Nacido Polaris
5) Denominación Común Inte o nombre científico: Recepción de Bebé	ernacional (DCI), denominación Genérica
6) Forma farmacéutica o est	ado 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	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
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:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0283E2020 SSA	0283E2020 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 la	o establecido en cada tipo de trámite.

	Nota: Reproducir datos del producto, tantas veces como sea necesario conforme a
	Producto
Annual of contract party of the contract of th	Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.
and and the state of	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:
	Kit para Recepción y Nutrición del Recién Nacido Polaris
	<ol> <li>Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:</li> </ol>
	Bulto para Atención al Recién Nacido

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:
Kit para Recepción y Nutrición del Recién Nacido Polaris

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







Contacto:

6) Forma farmacéutica o estado físico:			6) Forma farmacéutica o estado físico:					
PRODUCTO TERMINADO			PRODUCTO TERMINADO					
7) Cantidad o volumen	total: 120,000	7) Ca	7) Cantidad o volumen total: 120,000					
8) Unidad de medida:	PZ	8) Un	dad de medida:	PZ				
9) Tipo de producto:	PRODUCTO TERMINADO	9) Tip	de producto:	PRODUCTO TERMINADO				
10) Uso específico o	1 2 3 4 5 6 7 8 9 14 15 16 17 16 19 20 21 22	23 24 25 26 pr	oceso: 14 1	2 3 4 5 6 7 6 9 10 11 12 13 5 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26				
11) Concentración del	principio activo y valor total en do	, and the same of		cipio activo y valor total en dolares:				
12) Fecha a realizar m o fecha del último t venta:	ovimiento en caso de importación palance para aviso de previsión d	e compra c	cha a realizar movim fecha del último balar enta: /	iento en caso de importación o exportación nce para aviso de previsión de compra				
00	MM .	AAAA	DO	AAAA				
13) Número de Regist	ro o Autorización Sanitaria o Clav			Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:				
0283E2020 SSA		ALCONOMIC CONTRACTOR C	2020 SSA					
14) Fracción arancelar	ia:	proposation and advantage of the second seco	acción arancelaria:					
15) Presentación farm	acéutica o tipo de envase:	15) P	esentación farmacéu	tica o tipo de envase:				
16) Cantidad de lotes:	60	16) C	antidad de lotes:	60				
17) Prórroga de plazo	para agotar existencias:	17) F	órroga de plazo para	agotar existencias:				
18) Presentación dest	inada a:	18) F	resentación destinada	a a:				
Exportación	Sector salud G.I.	Venta	Exportación S	Sector salud G.I. Venta				
19) Unidad de medida	de aplicación de la TIGIE (UMT)	19) \	nidad de medida de a	aplicación de la TIGIE (UMT):				
20) Cantidad de unida	ad de medida de aplicación de la	7/GIE: 20) (	antidad de unidad de	medida de aplicación de la TIGIE:				
21) Modelo:	ургаж на моженну мет до бог со системовления почений не не вый выпосную и почений вый в проторужений не	21) [	lodelo:					
Carried and a second of the se	ominación del producto:	22) [	escripción o denomir	nación del producto:				
Nota: Reproducir datos	del producto, tantas veces como sea n	ecesario conforme a lo estableo	do en cada tipo de trámi	ite.				
		. Modificación o actualizacion						
En la tabla "Dice" coloca	ación(es) o actualización(es) que ar los datos completos actuales. colocar los datos completos ya m	desee realizar.						
	Colocar los datos completos ya n			Debe decir				
Tipo de modificación	Código postal:		Código postal:					
Domicilio del	Tipo y nombre de vialidad:	iger source action coming a problem in any among paper for an account on the problem in the formation and are the problem in t	Tipo y nombre de	e vialidad:				
propietario (domicilio	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle,	carretera, camino, privada, terrace	a (Por ejemplo: Avenida	a, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria				
fiscal)	entre otros)		entre otros)					
	Número exterior:	Número interior:	Número exterior:	Número interior:				









gob mx		300	1000		7/6
微二或 好 3 好 说 特 级 好 .	37	-	- SE	00	24
		81	罗腾	辦程	×.

E Company	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:						Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:														
	(Tipo de ase	(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:						Loc	alida	d:				un a Valoria Report		al and a state of the second state of the seco					
	Municipio	o alc	aldía:								Mur	nicipi	o al	caldi	ia:				gagangan kananan kananan kananan kanan		
L. Account	Entidad F	edera	ativa:			AND PROPERTY.	, you are not seen of the				Enti	dad l	eder	ativa	a:						pat (
e de la compansa de l	Entre vial	idad	(tipo y no	nbre):			and the second of	gamaging and ny materials MRV (1994)	euroir renii (1)		Enti	re via	lidad	(tipo	y nomb	re):		ngranati santah			
Acceptable may	Y vialidad	(tipo	y nombre	:							Y vi	alida	d (tipo	y non	nbre):						The second secon
hitasinee	Vialidad p	oste	rior (tipo	y non	nbre):	2222	AT ALL PARTY OF THE PARTY OF TH				Vial	idad	poste	erior	(tipo y	nombre	:):			nertación rémaire.	and the second s
il-Company and a second	Lada:			and the second second second				,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			Lad	a:	management (mark) (**								
aboreten	Teléfono:	jenjoje, prosetku prir oslike	The second secon	unanjela Pleate							Tel	éfonc	);	- Japan Programme							Automorphism and the control of the
Abrantando	Extensiór	า:	grant and and the Charles	A SHARMAN AND THE							Ext	ensić	n:	can promise contract					garage and a second contract of the second co	-	briganskipte skip of Alberta y State (State of State (State of State of Sta
	an en maritage glasseffen, hefyg yw yr party yn panthwyr had inwesii mae		derman alakan alakan Marin Marin Marin									-									ann de sant ann an de sant a state a Fra
Tipo de modificación	<u> </u>				D	ice					-	naconana keresint				Det	e de	CIT			
Teléfono del	Lada:	Lada:						Lada:													
establecimiento	Teléfono				a an ingger with the North						-	Teléfono: Extensión:									
	Extensió	n:	T						T			ensio	J.K.	·	T .	T	Γ.	Τ,		T_	
Horario del	D L	M	М	J	V	S	de	HH: MM	а	HH:MM	D	4	М	М		V	S	de	HH: MM	а	HH:MM
establecimiento	DL	М	М	J	٧	s	de	HH : MM	а	HH: MM	D	L	М	M	J	V	s	de	HH: MM	а	HH: MM
				1111		\ioo					Debe decir										
Tipo de modificación	CUDD					ice				and the same of th	CURP (opcional):										
	CURP (		aı).		,							Nombre(s):									
		Nombre(s):  Primer apellido:							Primer apellido:												
	Segund									grande at a colore hasters (annulle both		Segundo apellido:									
Representante legal	Lada:	io api	smuo.									Lada:									
7434.	Teléfon		augustus annalis i tida es d'el	godenlyk van de skille				Carried on Constitutions	w			Teléfono:									
	Extensi								~~~		Extensión:										
	Correo		rópico:						numer bride stand		Co	Correo electrónico:									
Nota: Reproducir el apart	ado de repre	esente	inte lega	i, tan	tas v	eces	como	represen	tante	s legales t	2					otificar			***************************************		
													44.553		raceassimirer.	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	be d	ocir		-	
Tipo de modificación	CURP		11.2	-		Dice	in the				CI	IRP	(oncion	al)		De	ne u	CON			
	Nombre						*****				CURP (opcional):  Nombre(s):										
	Primer	-		AN ANOMARINA	-	Average and				november anne Certan (de la 1984) de 1994	Primer apellido:										
Persona	Segund	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			werein, etchi						Se	gun	do ap	ellid	o:			was representative			
autorizada	Lada:										La	ıda:			Marian Market						
	Teléfor	10:						and the second s		***************************************		eléfor			angenija kananta da M						
	Extens	ión:										ktens	-			***********	Company extension	*********			
Note: Penroducir el apart	Correo					and have a color for the	-	ent entre description and best to the	***********				elect	-	*************	ificar	e proprieta de la composición de la co		and the second s	***********	









	_					
	3	٥	10	Ų.	Å	
200						

Suspensión de actividades	O R	einicio de actividades	Baja de	finitiva del es	stablecim	iento		
De DD MM AAAA A DD MM AAA					ETYPOOLUR MYN THE BUT THE STREET			
Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, req	uiere la solicitud	de una nueva licencia.			aparata anaka apada kababan in maraka			
Articulo 373 de la Ley general de Salud)	6. Datos de	el responsable sanitario						
En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la p En caso de modificar los datos del responsable sanitario ut datos ya modificados.	rimera column tilice la primera	a. a columna para anotar los dato	s actuales y la Segunda colu		umna pai	ra los		
Primera columna	- differen	( ) Ya modificado	ngangana ana disangan mendapi bajai pada anadah disingan paganah bi ababasan					
Alta Baja A	modificar		to grant de central que es primeiro primeiro de servició de consequente primeiro de central des en Spelvente	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	<b>_</b>			
RFC:		RFC:	**************************************					
CURP (opcional):		CURP (opcional):	THE PARTY OF THE PARTY PARTY OF THE PARTY OF					
Nombre(s):		Nombre(s):		A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O		AND THE PROPERTY OF THE PARTY O		
Primer apellido:		Primer apellido:			an' anno (n - 1) fan alla final de la graph de la glassia de la graph de la gr			
Segundo apellido:		Segundo apellido:			mineral region of the Solids of A. marketing			
Lada:		Lada:	And the latter of the latter than the latter t			TO SUMMERS AND AND ADDRESS OF THE SUMMERS AND ADDRESS.		
Teléfono:		Teléfono:	AND MADE TO A STATE OF THE PROPERTY OF THE PRO			elikaning at a progression and progress in the first		
Extensión:		Extensión:			garage production and reserve to the second	construction and desirable field of the desirable for the second of the second		
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Light materials and a state of the description of the play of a distribution of the play is the contract of the play of of th				
Con título profesional de:		Con título profesional de						
Titulo profesional expedido por:	anno carto ri momento d'in dio many and provinciale a la la de-	Título profesional expedido por:						
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	September 1971 Septem					
Horario de operaciones		- I format place of the same o	v s de		а	HH: MM		
D L M M J V S de HH:MM a	HH: MM		v s de	HH:MM	a			
D L M M J V S de HH: MM	HH: MM	D L M M J Firma del responsable		HH:MM		HH:MM		
Firma del responsable sanitario								
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja	and communicate the extraction of the extraction	Nota: Firmar este recu	adro en caso d	e modificació	n o actua	alización		
	7 Date	s del maquilador				14. 32.33		
	And the second s			. 0000				
Persona física		Date	os del responsa	ible sanitario				
RFC:(a):	RFC: FO	ES880820SĹ3			and the control of th			
The state of the s	CURP (opcional):							
CURP (opcional):		Nombre(s): SHUJEY CARMEN						
Nombre(s):	annak digi gilin. Antari sasari ya ya manakan daga antari na ya ya wakiliki da a							









Primer apellido:	Primer apellido: FLORES					
Segundo apellido:	Segundo apellido: ENRÍQUEZ					
Persona moral	Lada: 743					
RFC: <sup>(a)</sup> : NEX 130913 C14	Teléfono: 741 1950					
Denominación o razón social:	Extensión: 113					
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 TECNOLOGÍA						
Tiempo de duración de la maquila: 1 AÑO	AVICO DE FUNCIONAMIENTO					
Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento	AVISO DE FUNCIONAMIENTO					
Domicilio	o 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, terracería 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 9 MAI 4043					
	Teléfono 741 1950					
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Extensión: N/A					
	la operación de importación o exportación					
8. Datos con quien se efectúa	a operación de importación o exportación					
País de origen:	País de procedencia:					
País de destino:	Aduana de entrada o salida:					
Fais de destino.	(Especifique sólo una)					
8.A. Datos	s del fabricante					
Persona física	Persona moral					
RFC: <sup>(a)</sup> :	RFC					
CURP (opcional):	Denominación o razón social:					
Nombre(s):						
Primer apellido:						
Segundo apellido:						
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.						
Domicil	lio del fabricante					
Código postal:	Localidad:					
The second secon	Municipio o alcaldía: <sup>(a)</sup> :					







	10000		
<b>2</b> (0)	0.15		7
2	20 10	發氣	P.

4400		Entidad Federativa: <sup>(a)</sup> :					
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carre	etera, 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 ase	entamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):					
The state of the s							
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo entre otros.)	: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento						
(a) Sólo cuando el establecimiento s							
	Paragraph and the region (8.B. Date	s del proveedor					
Person	na física	Persona moral					
$RFC^{(a)}$ :		RFC: <sup>(a)</sup> :					
CURP (opcional):		Denominación o razón social:					
Nombre(s):							
Primer apellido:		Consideration of the second control of the s					
Segundo apellido:							
(a) Sólo cuando el establecimiento sea i	nacional.						
	Domici	lio del proveedor					
1							
Código postal:		Localidad:					
Tipo y nombre de vialidad:		Municipio o alcaldia:(a):					
		Entidad Federativa:(a):					
(Por ejemplo: Avenída, boulevard, calle, carr	etera, 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 ase	entamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):					
entre otros.)	o: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento						
(a) Sólo cuando el establecimiento sea	nacional.						
	8.C. Datos de	el facturador o consignatario					
	ona física	Persona moral					
RFC: <sup>(a)</sup> :		RFC:(a):					
CURP (opcional):		Denominación o Razón social: <sup>(b)</sup> :					
Nombre(s):							
Primer apellido:							
Segundo apellido:							
(a) Sòlo cuando el establecimiento sea n (b) Los datos del consignatario aplica ún	acional. Îcamente en el trámite de exportación de pro	ductos quimicos esenciales.					
	Domicilio del 1	acturador o consignatario					
		9					
Código postal:		Localidad:					
Tipo y nombre de vialidad:		Municipio o alcaldía: <sup>(a)</sup> :					









Ananomi	Yannoniko	Entidad Federativa:(a):				
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, o	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 a	asentamiento humano:	Vialidad posterior (lipo y nombre):				
(Tipo de asentamiento humano por ejen entre otros) a) Sólo cuando el establecimiento sea	nplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento					
	9. Informe anual de	e la actividad regulada				
Datos d	el establecimiento	Datos del establecimiento				
Pe	ersona física	Persona física				
RFC:		RFC:				
CURP (opcional):		CURP (opcional):				
Nombre(s):		Nombre(s):				
Primer apellido:	Para Para Para Para Para Para Para Para	Primer apellido:				
Segundo apellido:		Segundo apellido:				
Lada:		Lada:				
Teléfono:		Teléfono:				
Extensión:		Extensión:				
Correo electrónico:		Correo electrónico:				
Per	rsona moral	Personal moral				
RFC:		RFC:				
Denominación o razón social:		Denominación o razón social:				
Domicilio	o establecimiento	Domicilio establecimiento				
Codigo postal:		Codigo postal:				
Tipo y nombre de vialidad:	$\chi$ U	Tipo y nombre de vialidad:				
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle,	carretera, camino, privada, terraceria entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria 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 ejem entre otros.)	olo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)				
Localidad:		Localidad:				
Entidad Federativa:		Entidad Federativa:				
Nombre de la actividad regula	da:	Nombre de la actividad regulada:				
Fecha en la que se realizó la actividad:	DO 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:



### 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

Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:

ob mx
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
: Para el caso de más de dos establecimientos, reproducir este recuadro, tantas veces 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 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?

 $\supset$  s

O No

MAURICIO PONTONES SINDE MAY 202

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.









Contacto: