

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
3300514X0510

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

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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
<b>339112</b>	<b>Fabricación de material desechable de uso médico</b>
<b>313230</b>	<b>Fabricación de telas no tejidas (Solo fabricación o almacén de productos higiénicos y/o material de curación)</b>

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

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

Responsable sanitario

RFC: **GACA8006258H3**

CURP (opcional):

Nombre(s): **ALAN CHRISTIAN**

Primer apellido: **GALICIA**

Segundo apellido: **CASTILLO**

Horario del establecimiento

Horario de operaciones:

D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
								<b>08:00</b>		<b>18:00</b>

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)

**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

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

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

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):	<b>DAVID</b>
Primer apellido:	<b>ARZATE</b>
Segundo apellido:	<b>FLORES</b>
Lada:	<b>55</b>
Teléfono:	<b>5501 9411</b>
Extensión:	<b>N/A</b>
Correo electrónico:	<b>darzate@medicapolaris.com</b>

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

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):	<b>ANA ALICIA</b>
Primer apellido:	<b>SANTOS</b>
Segundo apellido:	<b>GONZALEZ</b>
Lada:	<b>55</b>
Teléfono:	<b>5501 9411</b>
Extensión:	<b>N/A</b>
Correo electrónico:	<b>N/A</b>

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:	

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	<b>DIANA ADRIANA</b>
Primer apellido:	<b>GARCÍA</b>
Segundo apellido:	<b>LINARES</b>
Lada:	<b>55</b>
Teléfono:	<b>5501 9411</b>

**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

Extensión:
Correo electrónico:

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): 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: Paquete de Ropa para Procesos Ginecológicos y accesorios. Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:

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: Paquete de Ropa para Procesos Ginecológicos y accesorios. Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Paquete Estéril para Cesárea IV

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:  
0540C2013 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:

Paquete Estéril para Cesárea V

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:  
0540C2013 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:  
Paquete de Ropa para Procesos Ginecológicos y accesorios.  
Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:  
Paquete para Cesárea Estéril

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

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

proceso:

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:  
0540C2013 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:  
Paquete de Ropa para Procesos Ginecológicos y accesorios.  
Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:  
Paquete para Cirugía Ginecológica Estéril

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

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

proceso:

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:  
0540C2013 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:

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

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

5. Modificación o actualización de los datos

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:		
	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>		<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	
	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:	
	<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>		<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	
	Localidad:		Localidad:	
	Municipio o alcaldía:		Municipio o alcaldía:	
	Entidad Federativa:		Entidad Federativa:	
	Entre vialidad (tipo y nombre):		Entre vialidad (tipo y nombre):	
	Y vialidad (tipo y nombre):		Y vialidad (tipo y nombre):	
	Vialidad posterior (tipo y nombre):		Vialidad posterior (tipo y nombre):	
	Lada:		Lada:	
Teléfono:		Teléfono:		
Extensión:		Extensión:		

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Extensión:	Extensión:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

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

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<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 notificados o requiera notificar.

Suspensión de actividades     
  Reinicio de actividades     
  Baja definitiva del establecimiento

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

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

6. Datos del responsable sanitario

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

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

Primera columna	Segunda columna
<input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar	<input type="radio"/> 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:	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	Horario de operaciones

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM

Firma del responsable sanitario

Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja

D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM

Firma del responsable sanitario:

Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización

7. Datos del maquilador

Persona física	
RFC:(a):	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Persona moral	
RFC:(a):	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 TERMINADIO	25 MAY 2023
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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

8.A. Datos del fabricante

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del fabricante

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	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):
	Entre vialidad (tipo y nombre):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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>	
<small>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</small>	

Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

8.C. Datos del facturador o consignatario

Persona física
RFC: <sup>(a)</sup> :
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC: <sup>(a)</sup> :
Denominación o Razón social: <sup>(b)</sup> :

(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: <sup>(a)</sup> :
Entidad Federativa: <sup>(a)</sup> :
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	

Datos del establecimiento	
Persona física	
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	
Personal moral	

