Avisos

Homoclave del formato	
	the state of the correspond
FF-COFEPRIS-03	Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de RUPA	Número de ingreso
	233300514 X048S
	And the state of t

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos. Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.

El formato no será valido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

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

Modalidad:

2. Datos del propietario

	Persona física
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

	Persona moral
RFC: INPO	50411A58
Denominación	o razón social:
INDUSTRIAS I	NACIONALES PLASTICAS, S.A. DE C.V.
	entante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: POS	M710304EH6\
CURP (opcional):	
Nombre(s):	MAURICIO
Primer apellido	PONTONES
Segundo apelli	ido: SIMON
Lada: 5	55
Teléfono:	5501 9411
Extensión:	
Correo electró	nico: mpontones@medicapolaris.com

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: INP050411A5	Denominación o razón social: INDUSTRIAS NACIONALES PLASTICAS, S.A. DE C.V.
Indique la clave y descr	ipción 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)
A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	

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 necesario

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

105.				wannebele	NAME OF THE OWNER O	operation in the second				
A dist					·······································	lora	rio del e	stablecimiento		
Н	orari	o de	ope	raci	ones	5.		*		
D						s	de	08:00 HH: MM	а	18:00 HH: MM
D	L	М	M	J	٧	s	de	HH: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, 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

Localidad:	N/A	13WH 212
Municipio o	alcaldía: l	ZTAPALAPA
Entidad Fed	erativa:	CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialida	d (tipo y nombre):	CALLE TRIGO
Y vialidad (tip	oo y nombre):	CALLE CEREALES
Vialidad pos	terior (tipo y nombi	re): CALLE CAMPESINOS
Lada:	55	
Teléfono:	5501 9411	
Extensión:	N/A	

0000

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

		Representante legal
CURP (opcio	nal):	
Nombre(s):	MAL	JRICIO
Primer apel	lido:	PONTONES
Segundo ar	pellido:	SIMON
Lada:	55	
Teléfono:	5501	9411

		Persona autorizada	
CURP (opcion	nal):		
Nombre(s):	VEF	ONICA	
Primer apell	ido:	AGUIRRE	
Segundo ap	ellido:	SANCHEZ	
Lada:	55		
Teléfono:	5501	9411	







Contacto:

Extensión:

N/A

Extensión: N/A

Correo electrónico: mpontones@medicapolaris.com

Correo 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): DAVID

Primer apellido: ARZATE

Segundo apellido: FLORES

Lada: 55

Teléfono: 5501 9411

Extensión: N/A

Correo electrónico: darzate@medicapolaris.com

CUDD	1	a aparticular seguina con activa in minima anticamente montante in contratto de contratto de la Contratto de C	
CURP (opcion	181).		
Nombre(s):		RAUL ELIGIO	
Primer apell	ido:		
Segundo ap	ellido:	GOMEZ	
Lada:	55		
Teléfono:	5501	9411	
Extensión:	N/A	Baga (policy) accessorate along it company and Allene appearance from the annual seasons and	
Correo elec	trônico:	N/A	

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

	Persona autorizada
CURP (opcional):	
Nombre(s):	ANA ALICIA
Primer apellido:	SANTOS
Segundo apellido:	GONZALEZANY 7023
Lada: 55	A State of S
Teléfono: 5501 9	9411
Extensión: N/A	
Correo electrónico:	N/A

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

	en el rese mante met l'antime l'entre	Persona autorizada
CURP (opcior	nal):	
Nombre(s):		DIANA ADRIANA
Primer apell	ido:	GARCÍA
Segundo ap	ellido:	LINARES
Lada:	55	,
Teléfono:	5501 9	9411
Extensión:	N/A	
Correo elect	trónico:	N/A

the state of the s	
	Representante legal
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
The second secon	

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







Contacto:

 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
Correo electrónico:

	CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF			CONTRACTOR AND ADDRESS OF THE PARTY.
Section of the last	Lada:	55		**************************************
The same of the same of	Teléfono:	5674 9	347	
NAME AND POST OF	Extensión:	N/A		
-	Correo elect	rónico:	solucion_i@yahoo.com	

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

		Persona autorizada
CURP (opcion	al):	
Nombre(s):	ananalan eminerile televiet	JOSE LUIS
Primer apelli	do:	BARRERA
Segundo ap	ellido:	RAMIREZ
Lada:	55	1.9 MV Carry
Teléfono:	5674	9347
Extensión:	N/A	
Correo elect	rónico:	solucion_i@yahoo.com

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
Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Apósitos de Gasa Medpol
 Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Apósito de Gasa
6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO
7) Cantidad o volumen total: 120,000
8) Unidad de me <mark>dida: PZ</mark>

			Pro	duc	to								
Para Ilenar 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 MEDIC	C												
2) Especificar:													
MATERIALES QU	JIRÚ	JRG	ICC	S Y	DE	CU	RA	CIÓ	N				and the contract
3) Denominación espe	cific	a de	l pr	odu	cto c	se	rvici	0:					
		********	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		e consensor con he	marker, 01/2014-01/40				hand normal more			
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:													
Apósitos de Gasa	Мє	dpo	ı										and the second
 Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: 													
o nombre científico: Apósito Rectangular Adulto													
6) Forma farmacéutica	******			sico		*******				and the second second			
PRODUCTO TERMIN			10 11	0,00									
7) Cantidad o volumen total: 120,000													
8) Unidad de medida:				PΖ								n and a statement of the second	SIMMAN SARPS AN
9) Tipo de producto:			PF	OD	UC	ro ·	TER	MIN	·	÷	·		-
10) Uso específico o	1	15	3 16	17	5 18	6 19	7 20	8 21	9 22	10	11 24	12	13
proceso:	L.,	10	10	L'	1.0		1	i	1	1	1	L	L



9) Tipo de producto:



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:

PRODUCTO TERMINADO



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:

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 MM AAA	DD MM AAA
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
0542C2013 SSA	0542C2013 SSA
14) Fracción arancelaria:	14) Fracción arancetaria:
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	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.
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:
Apósitos de Gasa Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica
o nombre científico: Apósito Rectangular Pediátrico
6) Forma farmace utica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO
7) Cantidad o volumen total: 120,000

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: Apósitos de Gasa Medpol 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: Apósito Circular Adulto 6) Forma farmacéutica o estado físico: PRODUCTO TERMINADO







Contacto:

7) Cantidad o volumen total:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx

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 especifico 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: / / / / AAAA 13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 0542C2013 SSA	12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:
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: Exportación Sector salud G.I. Venta	18) Presentación destinada a: 1 9 MAY 2023 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

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:
Apósitos de Gasa Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
O HOMBIE CIERTINICO.

Note that the 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:
2) Especificar:
3) Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica







	o nombre científico:						
Apósito Circular Pediátrico							
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 0 0 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 proceso:	10) Uso especifico o						
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: MM AAAA						
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 0542C2013 SSA	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:						
14) Fracción arancelaria:	14) Fracción arancelaria:						
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:	15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:						
16) Cantidad de lotes: 60	(6) 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:						
5, Modificación o act	tualización de los datos						
eleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar. in la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.							
in la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados. Tipo de modificación Dice	Debe decir						



Domicilio del



Código postal:





Código postal:

(domicilio fiscal) (Por ejemplo; Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería (F						Tipo	Tipo y nombre de vialidad:														
						(Por entre	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)														
Número exterior: Número interior:					Nún	nero e	exteri	or:			N	imer	o interior		***						
	Tipo y	nom	bre o	de la	color	nia c	aser	ntam	iento humano	i.	Tipo	y no	mbre	de l	a colo	nia (o ase	ntam	niento hur	nand) :
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)					(Tipo	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)														
	Locali	idad:									Loc	alidad	i:			e y n. nandromanner i '			18 (* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	X	
	Munic	ipio d	o alca	aldia	C						Mur	nicipio	o al	caldí	a:						and the second section of the section of the second section of the secti
	Entida	ad Fe	dera	itiva:	2007 00000000						Enti	dad F	eder	ativa		again ayar maga		1		an receive	
	Entre	vialio	dad (ı	tipo y i	nombre).					Ent	re via	lidad	(tipo y	nombr	e):					
	Y vial	idad	(tipo y	nomb	re):						Y vi	alida	d (tipo	y nom	bre):			***************************************			
	Vialid	ad po	osteri	ior (ti	po y no	mbre):				Vial	idad	poste	erior (tipo y n	ombre	;);		man agreem or support the constitution of the Ports of the		
	Lada:	and area formations	****		- Andrews Committee of	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,					Lad	a:								where we have recovery	
	Teléfo	ono:	anavelenie		the first and the first and the	and the con-					Tele	Teléfono:									
	Exten	sión:				-					Ext	Extensión:									
ому и поступу до провод по до брот в учередника в народ на постоя на постоя на постоя на постоя на постоя на п	lenomente commente como	************	a relation in the resident	Little Little Control of																	
Tipo de modificación	Dice					Debe decir															
Taláfana dal	Lada	Lada:						Lada:													
Teléfono del establecimiento	Teléf	Teléfono:					Tele	Teléfono:													
	Exte	nsión	•		game amatabay		· {				Exte	ensiór	1: 		[T		7	r7		7	
Horario del	D	L	М	M	J	٧	s	de	нн : мм а	AH: MM	D	L	М	М	j	٧	S	de	нн мм	а	нн: мм
establecimiento	D	L	М	М	J	٧	s	de	HH: MM	HH. MM	D	L	М	М	J	٧	s	de	HH: MM	а	HH : MM
									1 1111 11111								******			****	
Tipo de modificación	ión Dice						Debe decir														
to the state of th	CURP (opcional):						CURP (opcional):														
THE PROPERTY OF THE PROPERTY O	Nombre(s):					Nombre(s):															
		Primer apellido:							Primer apellido:												
Representante		undo	apel	llido:					mandard a made of such risks and professor has been been from the con-		Segundo apellido:										
legal	Lada	a:				_			Marganian de Part de Companyon de Part de Companyon de Part de Companyon de Company		Lada:										
	Telé	fono	:		V			eratuerou Titalina	eranna or armene and the artists of the contract of the contra	r qualifying the annual region of the section of th	Teléfono:										
	Exte	Extensión:						Extensión:													
Correo electrónico: Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales ter					3	Correo electrónico:															
Nota: Reproducir el apart Tipo de modificación	ado de r	epres	entan	ite le	gal, tar	ntas	veces Dice	com	o representante	s legales	enga no	uncac	105 0	equit	na noi		be de	cir			Makasa Andrian akada Makada Makada Makada ka
Tipo de modificación	CLUE	₹P (0)	nciona	d)			בייייי	and the same of th			CL	IRP (pciona	al):	,				and the second second second second		
	-	nbre(ya		and a sub-active enterior enterior (the		mbre									
Persona autorizada	MARKET AND THE	ner a		do:	and the second sections		na er er et et en e				Pri	mer a	pelli	do:						~~~	
autonzaua	Seg	undo	ape	llido							Se	gund	о аре	ellido			***				profile makes and book after the little control of the little cont
	Lad	Lada:							La	Lada:											





Lada:



	Teléfono:			langsilan maki sijang bil propin ngila sing di silang bisi ka	Telé	fono:						state of the state	
	Extensión:			Extensión:									
		Correo electrónico:											
Nota: Reproducir el aparta	personas autor	torizadas tenga notificadas o requiera notificar.											
A	n de actividades		1 75	nicio de a			Nacional and State of	+C		lefinitiva del	establecim	iiento	
De DD MM	AAAA A	DD MM AAAA	Fecha	DD	/ MM	/ 	<u>va</u>					annean madeil i mirebe	
Nota: El cambio de ubica (Articulo 373 de la Ley ge		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	i de una nueva licencia.										
Annual transfer and the second second second section and the section and the second section and the section and			6. Datos del	respons	able san	itario							
En caso de alta o baj En caso de modificar datos ya modificados	los datos del res	e sanitario utilice la prim sponsable sanitario utilic	era columna. e la primera c	olumna	para an	otar l	os da				olumna pa	ra los	
	Primera col	umna			-			Seg	unda co	lumna			
○ Alta	() Baja	A mod	dificar	0	Ya mod	ificad	0						
RFC:	hada ka musuu emanahkan kuru kirishi k			RFC:		~					alannens annens er ber er barran		
CURP (opcional):				CURI	opciona (al):				anne a transcriptor de la della popularia della	Market Strategy and Strategy an		
Nombre(s):				Nomb	ore(s):		naga meningan di Kanan						
Primer apellido:				Prime	er apellio	do:			oone ennement on the entertainment (A				
Segundo apellido:	e de la companya de			Segundo apellido:									
Lada:				Lada:									
Teléfono:				Teléfono:									
Extensión:				Extensión:									
Correo electrónico:				Correo electrónico:									
Con titulo profesiona	l de:			Con título profesional de:									
Título profesional ex	pedido por:			Título profesional expedido por:									
Número de cédula p	rofesional:		a - namoda de	Número de cédula profesional:									
Con especialidad de				Con especialidad de:									
Título de especialida	d expedido por:			Título de especialidad expedido por:									
Número de cédula d	e la especialidad			Número de cédula de la especialidad:									
Horario de operacior	nes	THE YEAR AND AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE		Hora	rio de o	perac	ciones	3				.,	
D L M M J	v s de	_{нн:мм} а	HH:MM	D	L M	М	J	v s	de	HH:MM	а	HH: MM	
D L M M J	v s de	ын мм а	HH : MM	D	L M	M	j	v s	de	HH ; MM	а	HH: MM	
Firma del responsab		Firma del responsable sanitario:											
A PART OF THE PART			ALL PARTS	Andrew Control									
Nota: Firmar este re	Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización												
	7. Datos del maquilador												
	A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O												
	Persona f	isica					Date	s del r	esponsa	ble sanitario			
harman and the second s	r var en ser segre men til se en versje var i de skreigen han del dels plend y behinden hen ken blev el hære i		and the second s										









RFC:(a):	
CURP (opcional);	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
	Persona moral
RFC: ^(a) :	NEX 130913 C14
Denominación o raz	ón social:
NEXTMED, S.A. DE	C.V.
(a) Sólo cuando el esta	ablecimiento sea nacional.
and the second contract of the second contrac	Dotor

FOES880820SL3 RFC: CURP (opcional): SHUJEY CARMEN Nombre(s): **FLORES** Primer apellido: **ENRÍQUEZ** Segundo apellido: Lada: 743 741 1950 Teléfono: Extensión: 113 antonio.acevedo@nextmed.com.mx Correo electrónico:

Datos de la maquila

Proceso a maquilar: FABRICACION Y ACONDICIONAMIENTO HASTA PRODUCTO TERMINADO

Motivo de la maquila: TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA

Tiempo de duración de la maquila: 1 AÑO

Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO

Domicilio del maquilador

Código postal: 43830

Tipo y nombre de vialidad:

CALLE FRANCISICO I. MADERO

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria entre otros)

Número exterior: 110 Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

COLONIA CENTRO

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

			CONTROL OF THE PROPERTY OF THE
Name and Address of the Owner, where the Owner, which is the Owner, where the Owner, which is the Owner, where the Owner, which is the Owner, which i	Localidad:	ZEMPOALA	
The state of the s	Municipio o alca	ıldía:	ZEMPOALA
-	Entidad Federal	iva:	HIDALGO
	Entre vialidad (ti	po y nombre):	CALLE ZARAGOZA
	Y vialidad (tipo y	nombre)	WGALLE TEMBLEQUE
	Vialidad posteri	3	CALLE ABASOLO
	Lada:	743	
	Teléfono:	741 1950	
	Extensión:	N/A	
		and the second s	

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

	The state of the s		
País de origen:		País de procedencia:	
		Aduana de entrada o salida:	,
País de destino:	in the state of th	(Especifique sólo una)	

8.A. Datos del fabricante

	Persona física
RFC: ^(a) :	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
(a) Sólo cuando el estab	lecimiento sea nacional.

Persona moral
RFC
Denominación o razón social:

Domicilio del fabricante







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

Código postal:		Localidad:						
Tipo y nombre de vialidad:		Municipio o alcaldía: ^(a) :						
on the defense		Entidad Federativa:(a):						
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, care	retera, camino, privada, terraceria 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):						
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo entre otros.) (a) Sólo cuando el establecimiento s		s del proveedor						
Perso	ona física	Persona moral						
$RFC^{(a)}$:		$RFC^{(a)}$:						
CURP (opcional):		Denominación o razón social:						
Nombre(s):								
Primer apellido:		The contraction of the contracti						
Segundo apellido:								
(a) Sólo cuando el establecimiento sea	nacional.							
	Domicil	io del proveedor						
Código postal:		Localidad:						
Tipo y nombre de vialidad:		Municipio o alcaldía. ^(a) :						
	The state of the s	Entidad Federativa:(a):						
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, car	retera, camino, privada, terraceria entre otros)	Entre vialidad (tipo y nombre):						
Número exterior:	Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):						
Tipo y nombre de la colonia o as	entamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):						
(Tipo de asentamiento humano por ejempl entre otros.) (a) Solo cuando el establecimiento se		I facturador o consignatario						
	ona 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 (b) se dese del configuratorio polico.	nacional. nicamente en el trámite de exportación de prod	ductor autimicor econcidar						
(n) Foe dates dei considuatano ablica di	The state of the s	acturador o consignatario						
Código postal:		Localidad:						
Tipo y nombre de vialidad:		Municipio o alcaldía:(a):						
		Entidad Federativa: ^(a) :						
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, ca	arretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entre vialidad (tipo y nombre):						
have been a supplied to the supplied of the su								









Número exterior:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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.	
9. Informe anual de	la actividad regulada
Datos del establecimiento	Datos del establecimiento
Persona física	Persona física
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s):	Nombre(s):
Primer apellido:	Primer apellido:
Segundo apellido:	Segundo apellido:
Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:
Extensión:	Extensión:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Persona moral	Personal moral
RFC:	RFC:
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
Domicilio establecimiento	Domicilio establecimiento
Codigo postal:	Codigo postal:
Tipo y nombre de vialidad:	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)
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:	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:







Roplux

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Nota: 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?

 \bigcirc

No

MAURICIO PONTONES SIMON

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: