

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
233300514X0485

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

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 CERALES

"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

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 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:

D **de** **08:00** a **18:00**
HH:MM HH:MM

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

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, terraza 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)

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s): **MAURICIO**

Primer apellido: **PONTONES**

Segundo apellido: **SIMON**

Lada: **55**

Teléfono: **5501 9411**

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s): **VERONICA**

Primer apellido: **AGUIRRE**

Segundo apellido: **SANCHEZ**

Lada: **55**

Teléfono: **5501 9411**

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

Extensión: N/A
 Correo electrónico: mpontones@medicapolaris.com

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

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

Representante legal

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

Persona autorizada

CURP (opcional):
 Nombre(s): DIANA ADRIANA
 Primer apellido: GARCÍA
 Segundo apellido: LINARES
 Lada: 55
 Teléfono: 5501 9411
 Extensión: N/A
 Correo electrónico: N/A

Representante legal

CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:

Persona autorizada

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



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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:

Lada: 55
 Teléfono: 5674 9347
 Extensión: N/A
 Correo electrónico: solucion_i@yahoo.com

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

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:
 Apósitos de Gasa Medpol

5) 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 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:

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:
 Apósitos de Gasa Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
 Apósito Rectangular Adulto

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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: 0542C2013 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:

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: 0542C2013 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:
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 farmacéutica 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 específica 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
7) Cantidad o volumen total: 120,000

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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: 0542C2013 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:

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: 0542C2013 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:

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 QUIRURGICOS Y DE CURACIÓN

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Apositos de Gasas 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:

2) Especificar:

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Apósito Circular Pediátrico

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:
0542C2013 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:

o nombre científico:

6) Forma farmacéutica o estado físico:

7) Cantidad o volumen total:

8) Unidad de medida:

9) Tipo de producto:

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:

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes:

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:

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	Código postal:	Código postal:



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

propietario (domicilio fiscal)	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>		Tipo y nombre de vialidad: <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: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>		Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <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:
	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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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.

<input type="radio"/> Suspensión de actividades De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA	<input type="radio"/> Reinicio de actividades Fecha DD / MM / AAAA	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento
---	---	---

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	
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja	

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:	
Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización	

7. Datos del maquilador

Persona física

Datos 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

RFC:(a):
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Persona moral
RFC:(a): NEX 130913 C14
Denominación o razón social:
NEXTMED, S.A. DE C.V.

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

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 FRANCISCO I. MADERO
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	
Número exterior:	110
Número interior:	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	COLONIA CENTRO
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	
Localidad:	ZEMPOALA
Municipio o alcaldía:	ZEMPOALA
Entidad Federativa:	HIDALGO
Entre vialidad (tipo y nombre):	CALLE ZARAGOZA
Y vialidad (tipo y nombre):	CALLE TEMBLEQUE
Vialidad posterior (tipo y nombre):	CALLE ABASOLO
Lada:	743
Teléfono:	741 1950
Extensión:	N/A

8. Datos con quien se efectúa la operación de importación o exportación	
País de origen:	País de procedencia:
País de destino:	Aduana de entrada o salida: <small>(Especifique sólo una)</small>

8.A. Datos del fabricante	
Persona física	
RFC:(a):	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
<small>(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.</small>	
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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Código postal:
 Tipo y nombre de vialidad:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
 Número exterior: Número interior:
 Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

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.

8.B. Datos del proveedor

Persona física
 RFC:^(a)
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:

Persona moral
 RFC:^(a)
 Denominación o razón social:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del proveedor

Código postal:
 Tipo y nombre de vialidad:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
 Número exterior: Número interior:
 Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

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.

8.C. Datos del facturador o consignatario

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

Localidad:
 Municipio o alcaldía:^(a)
 Entidad Federativa:^(a)
 Entre vialidad (tipo y nombre):



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: 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 públicos? Sí No


19 MAY 2023
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.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL