

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
233300514X0497

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 PLÁSTICAS, 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	Localidad: N/A
Tipo y nombre de vialidad: CALLE GANADEROS	Municipio o alcaldía: IZTAPALAPA
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa: CIUDAD DE MÉXICO
Número exterior: 234 B	Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE TRIGO
Número interior:	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)"

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**

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, 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)

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s): **MAURICIO**

Primer apellido: **PONTONES**

Segundo apellido: **SIMON**

Lada: **55**

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s): **VERONICA**

Primer apellido: **AGUIRRE**

Segundo apellido: **SANCHEZ**

Lada: **55**

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

Teléfono:	5501 9411
Extensión:	N/A
Correo electrónico:	mpontones@medicapolaris.com

Teléfono:	5501 9411
Extensión:	N/A
Correo electrónico:	N/A

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:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

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

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:
 Bata Quirúrgica INNAP
 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
 BATA QUIRÚRGICA
 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:
 EQUIPO MEDICO
 3) Denominación específica del producto o servicio:
 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
 Bata Quirúrgica INNAP
 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
 BATA QUIRÚRGICA A
 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:
0713C2020 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:
0713C2020 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:
Bata Quirúrgica INNAP

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
BATA QUIRÚRGICA B

6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

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:
Bata Quirúrgica INNAP

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
BATA QUIRÚRGICA CON TOALLA

6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:
0713C2020 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:

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:
0713C2020 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.

5. Modificación o actualización de los datos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.
En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.
En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior: Número interior:	Número exterior: Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	Localidad:	Localidad:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:
	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	<input type="radio"/> Reinicio de actividades	<input type="radio"/> 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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(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	
RFC:(a):	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Persona moral	
RFC:(a):	NEX 130913 C14

Datos del responsable sanitario	
RFC:	FOES880820SL3
CURP (opcional):	
Nombre(s):	SHUJEY CARMEN
Primer apellido:	FLORES
Segundo apellido:	ENRÍQUEZ
Lada:	743
Teléfono:	741 1950

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Denominación o razón social:

NEXTMED, S.A. DE C.V.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Extensión: 113

Correo electrónico: shujey.flores@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

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

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:
(Especifique sólo una)

8.A. Datos del fabricante

Persona física

RFC:(a):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

RFC

Denominación o razón social:

Domicilio del fabricante

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:

Localidad:

Municipio o alcaldía:(a):

Entidad Federativa:(a):

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (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

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

8.B. Datos del proveedor

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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

Domicilio del proveedor

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>	

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:
Municipio o alcaldía:(a):
Entidad Federativa:(a):
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

8.C. Datos del facturador o consignatario

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

(b) Los datos del consignatario aplica únicamente en el trámite de exportación de productos químicos esenciales.

Persona moral
RFC:(a):
Denominación o Razón social:(b):

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>	

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:
Municipio o alcaldía:(a):
Entidad Federativa:(a):
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

MAURICIO PONTONES SIMÓN

19 MAY 2023

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