

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
233300514X0487

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	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)"



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 <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	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 almacén 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	Horario del establecimiento
RFC: GACA8006258H3	Horario de operaciones:
CURP (opcional):	D [] S de 08:00 a 18:00 <small>HH: MM HH: MM</small>
Nombre(s): ALAN CHRISTIAN	D L M M J V S de HH: MM a HH: MM <small>DD MM AAAA</small>
Primer apellido: GALICIA	Fecha de inicio de operaciones: 16 / 12 / 2019
Segundo apellido: CASTILLO	

Domicilio del establecimiento

Código postal: 09810	Localidad: N/A
Tipo y nombre de vialidad: CALLE GANADEROS	Municipio o alcaldía: IZTAPALAPA
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Entidad Federativa: CIUDAD DE MÉXICO
Número exterior: 234-B Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE TRIGO
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA GRANJAS ESMERALDA	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE CEREALES
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	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	Persona autorizada
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s): MAURICIO	Nombre(s): VERONICA
Primer apellido: PONTONES	Primer apellido: AGUIRRE
Segundo apellido: SIMON	Segundo apellido: SANCHEZ
Lada: 55	Lada: 55
Teléfono: 5501 9411	Teléfono: 5501 9411

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Extensión: N/A
 Correo electrónico: mpontones@medicapolaris.com
 Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s).

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

Extensión: N/A
 Correo electrónico: N/A

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:
 Lada:
 Teléfono:

Persona autorizada

CURP (opcional):
 Nombre(s): LYDIA REMEDIOS
 Primer apellido: BALLESTEROS
 Segundo apellido: BRAVO
 Lada: 55
 Teléfono: 5674 9347



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:
 Correo electrónico:

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:
 Cubrebocas. Marca Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
 Cubreboca básico azul indigo (doble capa, con resortes)

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:

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 1-9 MAY 2023

2) Especificar:
 MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
 Cubrebocas. Marca Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
 Cubrebocas básico blanco doble capa, con resortes)

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:



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

DD / MM / AAAA
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 0736C2018 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. <input checked="" type="radio"/> 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:

DD / MM / AAAA
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 0736C2018 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. <input checked="" type="radio"/> 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:	Cubre bocas. Marca Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	Cubre boca de alta filtración con cintas (tres capas, con cintas)
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

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:	Cubre bocas. Marca Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:	Cubre boca de alta filtración con orejeras (tres capas, con resortes)
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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:	0736C2018 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. <input checked="" type="radio"/> 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:													

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:	0736C2018 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. <input checked="" type="radio"/> 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: Cubre bocas. Marca Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: Cubre boca reforzado de alta filtración con orejeras (tres capas, reforzado, con resortes)

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: Cubre bocas. Marca Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: Cubre boca Odontológico con orejeras (tres capas, con resortes)

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:
0736C2018 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:

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:
0736C2018 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 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:
Cubre bocas. Marca Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Cubre boca con visor antiempañante con cintas (tres capas, con resortes)

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:
0736C2018 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:
Cubre bocas. Marca Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
Cubre boca con visor antiempañante con resortes (tres capas, con resortes)

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:
0736C2018 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:

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

DISPOSITIVO MEDICO																																																							
2) Especificar: MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN		2) Especificar:																																																					
3) Denominación específica del producto o servicio:		3) Denominación específica del producto o servicio:																																																					
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Cubre bocas. Marca Medpol		4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:																																																					
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: Cubre boca Odontológico con cintas (doble capa, con resortes)		5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:																																																					
6) Forma farmacéutica o estado físico: PRODUCTO TERMINADO		6) Forma farmacéutica o estado físico:																																																					
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 o proceso:		10) Uso específico o proceso:																																																					
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> </table>		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	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> </table>		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
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																																											
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:		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		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: 0736C2018 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		16) Cantidad de lotes:																																																					
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:		17) Prórroga de plazo para agotar existencias:																																																					
18) Presentación destinada a: Exportación Sector salud G.I. <input checked="" type="radio"/> Venta		18) Presentación destinada a: 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 establecido en cada tipo de trámite.



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

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:		
	<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:
	Extensión:	Extensión:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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 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	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
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
Firma del responsable sanitario	Firma del responsable sanitario:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja

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
Denominación o razón social:	NEXTMED, S.A. DE C.V.

Datos del responsable sanitario	
RFC:	FOES880820SL3
CURP (opcional):	
Nombre(s):	SHUJEY CARMEN
Primer apellido:	FLORES
Segundo apellido:	ENRÍQUEZ
Lada:	743
Teléfono:	741 1950
Extensión:	13
Correo electrónico:	shujey.flores@nextmed.com.mx

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Persona moral
RFC
Denominación o razón social:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del fabricante

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:(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:	
<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:(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):

Persona moral
RFC:(a):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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)
 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)

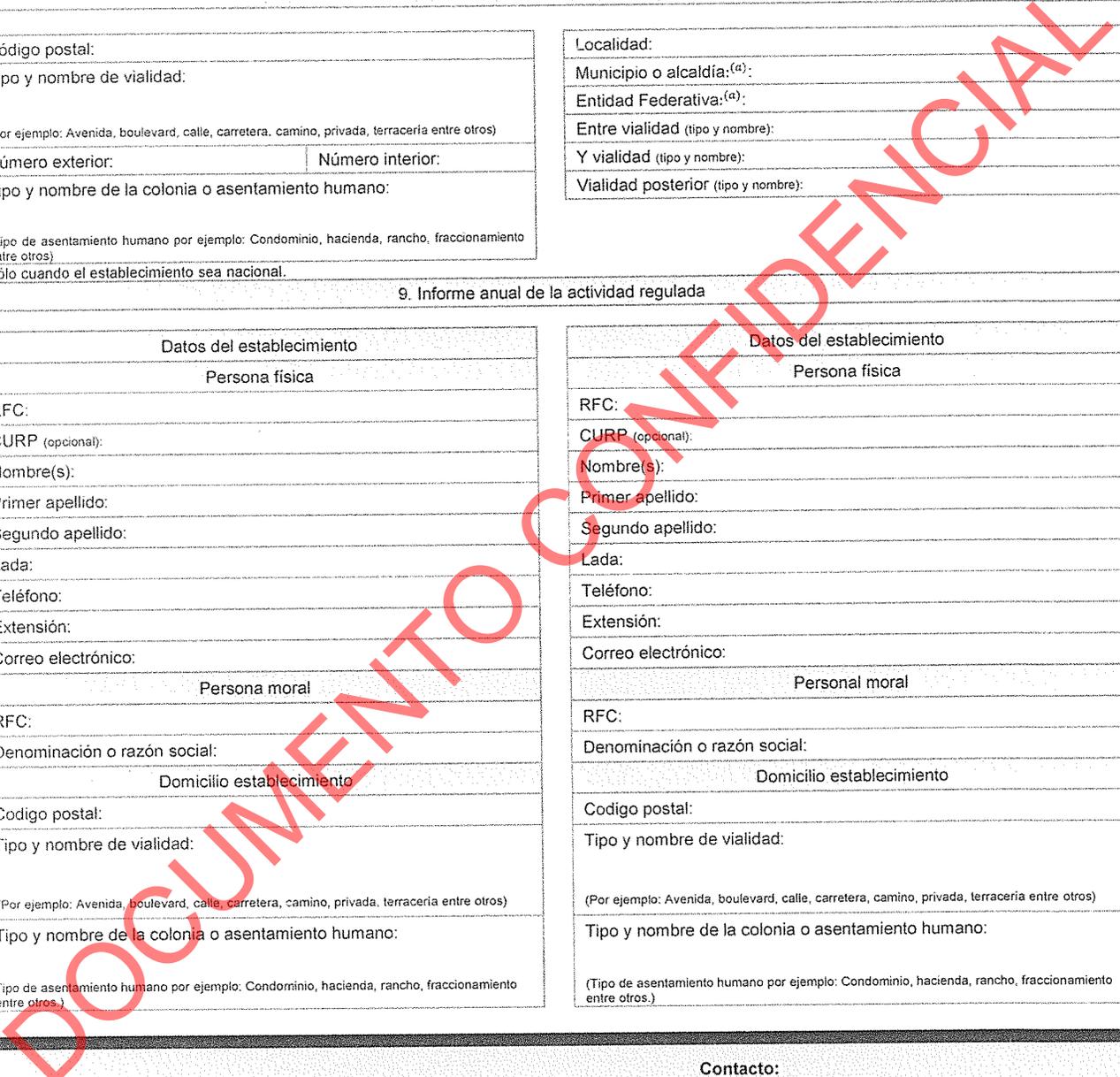
Localidad:
 Municipio o alcaldía:^(a)
 Entidad Federativa:^(a)
 Entre vialidad (tipo y nombre):
 Y vialidad (tipo y nombre):
 Vialidad posterior (tipo y nombre):

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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	
RFC:	
Denominación o razón social:	
Domicilio establecimiento	
Codigo postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	

Datos del establecimiento	
Persona física	
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	
Personal moral	
RFC:	
Denominación o razón social:	
Domicilio establecimiento	
Codigo postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	



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

Localidad:
Entidad Federativa:
Nombre de la actividad regulada:
Fecha en la que se realizó la actividad: / / DD MM AAAA
Sustancia:
Cantidad o volumen:
Número de licencia o indique si presentó aviso de funcionamiento:

Localidad:
Entidad Federativa:
Nombre de la actividad regulada:
Fecha en la que se realizó la actividad: / / DD MM AAAA
Sustancia:
Cantidad o volumen:
Número de licencia o indique si presentó aviso de funcionamiento:

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? Si No

Mauricio Pontones Simón
13 MAY 2023
MAURICIO PONTONES SIMÓN

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.