

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
233300514X0488

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: <b>COFEPRIS-05-014</b>	Nombre: <b>Aviso de Maquila de Insumos Para la Salud</b>
Modalidad:	

2. Datos del propietario
--------------------------

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

Persona moral
RFC: <b>INP050411A58</b>
Denominación o razón social: <b>INDUSTRIAS NACIONALES PLASTICAS S.A. DE C.V.</b>
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: <b>POSM710304EH6</b>
CURP (opcional):
Nombre(s): <b>MAURICIO</b>
Primer apellido: <b>PONTONES</b>
Segundo apellido: <b>SIMON</b>
Lada: <b>55</b>
Teléfono: <b>5501 9411</b>
Extensión:
Correo electrónico: <b>mpontones@medicapolaris.com</b>

Domicilio fiscal del propietario	
Código postal: <b>09810</b>	Localidad: <b>N/A</b>
Tipo y nombre de vialidad: <b>CALLE GANADEROS</b> <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Municipio o alcaldía: <b>IZTAPALAPA</b>
Número exterior: <b>234-B</b>	Entidad Federativa: <b>CIUDAD DE MÉXICO</b>
Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre): <b>CALLE TRIGO</b>
	Y vialidad (tipo y nombre): <b>CALLE CEREALES</b>

**"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)"**

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

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	S	de	08:00	a	18:00
			HH:MM		HH:MM
D	L	M	J	V	S
			de		
			HH:MM		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: **IZTÁPALAPA**

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

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

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:  
Paquete Estéril para Cirugía Laparoscópica. Marca Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:  
Paquete para cirugía laparoscópica estéril

6) Forma farmacéutica o estado físico:  
PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

10) Uso específico 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:  
Paquete Estéril para Cirugía Laparoscópica. Marca Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:  
Paquete estéril para laparoscopia I

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:  
0811C2013 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:  
0811C2013 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:  
Paquete Estéril para Cirugía Laparoscópica. Marca Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:  
Paquete estéril para laparoscopia II

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:  
Paquete Estéril para Cirugía Laparoscópica. Marca Medpol

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

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:	0811C2013 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:																										

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:	0811C2013 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: Paquete Estéril para Cirugía Laparoscópica. Marca Medpol
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica

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

o nombre científico:  
Paquete para laparoscopia

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:  
0811C2013 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:

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: Tipo y nombre de vialidad:	Código postal: Tipo y nombre de vialidad:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

Suspensión de actividades

Reinicio de actividades

Baja definitiva del establecimiento

De

DD / MM / AAAA

A

DD / MM / AAAA

Fecha

DD / MM / AAAA

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

6. Datos del responsable sanitario

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

**Primera columna**

Alta       Baja       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**

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:(\*):

CURP (opcional):

Datos del responsable sanitario

RFC: FOES880820SL3

CURP (opcional):

19 MAY 2023

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Nombre(s):	SHUJEY CARMEN
Primer apellido:	FLORES
Segundo apellido:	ENRÍQUEZ
Lada:	743
Teléfono:	741 1950
Extensión:	113
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:	74
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:

Persona moral
RFC
Denominación o razón social:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del fabricante

Código postal:		Localidad:	
----------------	--	------------	--

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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.)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Municipio o alcaldía:<sup>(a)</sup>

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

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

8. B. Datos del proveedor

Persona física

RFC:<sup>(a)</sup>

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

RFC:<sup>(a)</sup>

Denominación o razón social:

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.)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o alcaldía:<sup>(a)</sup>

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

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

8. C. Datos del facturador o consignatario

Persona física

RFC:<sup>(a)</sup>

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:<sup>(a)</sup>

Denominación o Razón social:<sup>(b)</sup>

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:<sup>(a)</sup>

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

Entre vialidad (tipo y nombre):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small>	

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:	
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería 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:	
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 presento aviso de funcionamiento:	

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:	
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería 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:	
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 presento aviso de funcionamiento:	

DOCUMENTO CONFIDENCIAL



**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 publicos?  Si  No

  
MAURICIO PONTONES SIMON

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