

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
233300514X0515

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

"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

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:

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 CERALES**

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	M	J	V
			de	de	de
			HH:MM	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: **IZTAPALAPA**

Entidad Federativa: **CIUDAD DE MÉXICO**

Entre vialidad (tipo y nombre): **CALLE TRIGO**

Y vialidad (tipo y nombre): **CALLE CERALES**

Vialidad posterior (tipo y nombre): **CALLE CAMPESINOS**

Lada: **55**

Teléfono: **5501 9411**

Extensión: **N/A**

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



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

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	MAURICIO
Primer apellido:	PONTONES
Segundo apellido:	SIMON
Lada:	55
Teléfono:	5501 9411
Extensión:	N/A
Correo electrónico:	mpontones@medicapolaris.com

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	VERONICA
Primer apellido:	AGUIRRE
Segundo apellido:	SANCHEZ
Lada:	55
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

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

25 MAY 2023

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

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):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	DIANA ADRIANA
Primer apellido:	GARCÍA
Segundo apellido:	LINARES
Lada:	55
Teléfono:	5501 9411

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Extensión:

Correo electrónico:

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):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona autorizada
CURP (opcional):
Nombre(s): LYDIA REMEDIOS
Primer apellido: BALLESTEROS
Segundo apellido: BRAVO
Lada: 55
Teléfono: 5674 9347
Extensión: N/A
Correo electrónico: solucion_i@yahoo.com

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):
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

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

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 básico estéril para cirugía oftálmica
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: DISPOSITIVO MEDICO
2) Especificar: MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN
3) Denominación específica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Paquete básico estéril para cirugía oftálmica
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:



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

Paquete básico estéril para cirugía oftalmológica

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:
0812C2013 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:

Paquete básico estéril para cirugía oftalmológica II

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:
0812C2013 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: Tipo y nombre de vialidad:	Código postal: Tipo y nombre de vialidad:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(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:	
<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

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):	CURP (opcional): Nombre(s):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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.

Suspensión de actividades
 Reinicio de actividades
 Baja definitiva del establecimiento

De / / A / /

Fecha / /

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

7. Datos del maquilador

Persona física		Datos del responsable sanitario	
RFC:(a):		RFC:	RERD921223PZ7
CURP (opcional):		CURP (opcional):	
Nombre(s):		Nombre(s):	DIANA SARAHI
Primer apellido:		Primer apellido:	REYES
Segundo apellido:		Segundo apellido:	RIVERON
		Lada:	77
		Teléfono:	31058673
		Extensión:	
		Correo electrónico:	diana.reyes@gisesa.com
Persona moral			
RFC:(a):	GIS 190430UY8		
Denominación o razón social:	GRUPO INDUSTRIAL EN SANITIZACION Y ESTERILIZACION SA DE CV		
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.			

Datos de la maquila

Proceso a maquilar:	ESTERILIZACION DE PRODUCTO TERMINADO
Motivo de la maquila:	ESTERILIZACION
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:	42970	Localidad:	N/A
Tipo y nombre de vialidad:	CALLE ORIENTE	Municipio o alcaldía:	ATITALAQUIA
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)		Entidad Federativa:	HIDALGO
Número exterior: S/N	Número interior: EDIFICIO FESA #4	Entre vialidad (tipo y nombre):	CALLE OTE 3
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	PUEBLO TLAMACO	Y vialidad (tipo y nombre):	CALLE FRONTERA
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)		Vialidad posterior (tipo y nombre):	N/A
		Lada:	55
		Teléfono:	51863323
		Extensión:	

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

Pais de origen:	Pais de procedencia:
Pais de destino:	Aduana de entrada o salida: (Especifique sólo una)

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:	

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral
RFC
Denominación o razón social:

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>	

(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.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



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

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:	
<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.

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
Código postal:
Tipo y nombre de vialidad:

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
Código postal:
Tipo y nombre de vialidad:

