Avisos

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-03
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

233300514**X**049Q

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guia y el listado de documentos anexos. Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.

El formato no será valido 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

Section (1997)	Persona física
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

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

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 09810

Tipo y nombre de vialidad

CALLE GANADEROS

(Por ejemplo: Avenida, Boulevard, calle, carretera, camino, privada, terraceria entre otros)

Número exterior: 234-B Número interior:

Localidad: N/A

Municipio o alcaldía: IZTAPALAPA

Entidad Federativa: CIUDAD DE MÉXICO

Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE TRIGO

Y vialidad (tipo y nombre): CALLE 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:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

COLONIA GRANJAS ESMERALDA

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento

Vialidad pos	terior (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. DI	E C.V.
Indique	la clave y descripció	on del giro que corresponda al establecimi	iento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industria	al de América del Norte:
С	lave SCIAN		Descripción del SCIAN	
	339112		ación de material desechable de uso médico	
	313230	Fabricación de telas no tejidas (Solo	fabricación o almacen de productos higiénicos y	o material de curación)
-			ALUGO DE ELIMOTOMA MENTA	~

Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: AV

AVISO DE FUNCIONAMIENTO

	Isunciente para las claves ociare adicione los rengiones nece
	Responsable sanitario
RFC: GACA80	06258H3
CURP (opcional):	
Nombre(s):	ALAN CHRISTIAN
Primer apellido:	GALICIA
Segundo apellido:	CASTILLO

ws.				mountain and		-		and the same of the contract of the same o		
					ŀ	lora	rio del e	stablecimiento	nonement times	
Н	orari	o de	ope	rac	one	5.				
D	1		1.			s	de	08:00 нн: мм	а	18:00 нн:мм
D	L	M	M	J	V	S	de	HH: MM	а	HH : MM
Fe	echa	de i	nicio	de	ope	racio	ones:	16 /	12 MN	2019

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 etros.)

Localidad:	N/A	
Municipio o	alcaldia:	IZTAPALAPA
Entidad Fed	erativa:	CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialida	d (tipo y nombre)	CALLE TRIGO
Y vialidad (tip	oo y nombre):	CALLE CEREALES
Vialidad pos	terior (tipo y nor	nbre): CALLE CAMPESINOS
Lada:	55	A.
Teléfono:	5501 9411	
Extensión:	N/A	
L		

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

		Represent	ante legal
CURP (opc	ional)*		A CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF
OOTT (ope		anne anne ann air aig i ann an Airs ann ann ann an Airs ann an Airs ann an Airs an Air	
Nombre(s)	: MA	JRICIO	
Drimoron	allido:	PONTONES	Mary Company of the C
Primer ape	eniao.	PONTONEO	
Segundo	pellido:	SIMON	
Lada:	55		
Teléfono:	550	1 9411	
.010107101			

	Persona autorizada
CURP (opcional):	
Nombre(s):	VERONICA
Primer apellido:	AGUIRRE
Segundo apellio	lo: SANCHEZ
Lada: 5	5
Teléfono: 5	501 9411







Contacto:

Extensión: N/A

Correo electrónico: mpontones@medicapolaris.com

Extensión: N/A
Correo electrónico: N/A

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

Contraction Country for the Street Country Cou		Representante legal
CURP (opciona	i):	
Nombre(s):	D	AVID
Primer apellid	o: A	RZATE
Segundo ape	llido: F	LORES
Lada:	55	
Teléfono:	5501	9411
Extensión:	N/A	
Correo electro	ónico:	darzate@medicapolaris.com

		Perso	na auto	rizada		
CURP (opcior	nal):				in the same of	
Nombre(s):		RAUL EL	IGIO		 	
Primer apell	ido:					
Segundo ap	ellido:	GOMEZ			X	
Lada:	55					
Teléfono:	5501	9411				
Extensión:	N/A		. •			
Correo elec	trónico:	N/A			 	ere management menter til det deserbile kommen blike ska

	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 2073
Lada: 55	1.7 1/201 7000
Teléfono: 5501	9411
Extensión: N/A	Light to grant with the second
Correo electrónico:	N/A

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

A Saudelie		Persona autorizada
CURP (opcion	al):	
Nombre(s):		DIANA ADRIANA
Primer apellido:		GARCÍA
Segundo apellido:		LINARES
Lada: 55		
Teléfono: 5501 9		411
Extensión:	N/A	
Correo elect	rónico:	N/A

	Representante legal
CURP (opcional):	1
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

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







Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.

Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gob.mx

92	
TANKSON AL	Lada:
al comparison of	Teléfono:
-	Extensión:
	Correo electrónico:

¢		
-	Lada:	55
į	***************************************	
200	Teléfono:	5674 9347
į	The same and the s	
	Extensión:	N/A
Į		
Professor.	Correo electro	ónico: solucion_i@yahoo.com
ş	CONTCO CICCII	5,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

n na seun deur werden (h. Artikel) der harre semante beleigt der deutsche der bescheit der deutsche deutsche der deutsche deutsche der deutsche deutsche der deutsche deuts	Representante legal
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

		Persona autoria	zada	
CURP (opcion	al):			,
Nombre(s): Primer apellido:		JOSE LUIS		various services and the services and the services are services and the services are services and the services
		BARRERA		
Segundo ap	ellido:	RAMIREZ		
Lada:	55			
Teléfono:	5674	9347		
Extensión:	N/A			and the second seco
Correo elect	rónico:	solucion_i@yaho	o.com	

4. Datos del producto

Producto
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.
Nombre de la clasificación del producto o servicio: DISPOSITIVO MEDICO
2) Especificar: MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN
Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Kits para Procedimientos Quirúrgicos - Curación de Catéter I.V.
 Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:

Kit de Curación de catéter I.V. Pediátrico.

6) Forma farmacéutica o estado físico:

PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total:

8) Unidad de medida:

9) Tipo de producto:

10) Uso específico o

house				Prod	duct	0, 6	ດາ	7				1		
	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)		13.							-			
	2) Especificar:													n ^{to} (soldede de
	MATERIALES QU	IRÚ	IRG	ICO	SY	DE	CU	RAC	IÓI	4				
	3) Denominación espec	cific	a de	l pro	oduc	to c	ser	vici	ɔ :					Contract to the Contract of th
	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:													
	Kits para Procedimientos Quirúrgicos – Curación de Catéter I.V.													
	5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:													
	Kit de Curación de	cat	téter	1.V	Re	gula	ry	Clor	hex	idin	а	gyar, wantin	enium/reneth	
	6) Forma farmacéutica	ое	stac	lo fi	sico	:								
	PRODUCTO TERMINADO													
	7) Cantidad o volumen total: 120,000													
	8) Unidad de medida: PZ													
	9) Tipo de producto:	*****		PF	OD	UCT	0	rER	MIN	AD	Ο.			LAUGHAN (NI)
	10) Uso específico o	1	2	3	4	5	6	7	8	9 22	10	11 24	12 25	13 26
	proceso:		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	123	20





Concentración del principio activo y valor total en dolares:

120,000

PRODUCTO TERMINADO

 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



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

11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:

Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:	12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:
/ MM AAAA	DD MM AAAA
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
1876C2018 SSA	1876C2018 SSA
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: 60 %
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:	17) Prórroga de plazo para agotar existencias.
18) Presentación destinada a:	18) Presentación destinada a:
Exportación Sector salud G.I. Venta	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.
Producto	Producto
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.	Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.
Nombre de la clasificación del producto o servicio: DISPOSITIVO MEDICO	1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
2) Especificar: MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN	2) Especificar:
3) Denominación específica del producto o servicio:	3) Denominación especifica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:	4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Kits para Procedimientos Quirúrgicos – Curación de Catéter I.V.	
 Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: Kit de Curación de catéter I.V. Yodo/Alcohol Regular 	5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
6) Forma farmacéutica o estado físico:	6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO	,
7) Cantidad o volumen total: 120,000	7) Cantidad o volumen total:
	Security and the security of t







8) Unidad de medida:	PZ	8) Unidad	d de medida:		
9) Tipo de producto:	PRODUCTO TERMINADO	9) Tipo d	e 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	10) Uso o	capcomed 0	5 6 7 8 9 10 11 12 13 18 19 20 21 22 23 24 25 26	
11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:			centración del principio activo	y valor total en dolares:	
	novimiento en caso de importación o exportación balance para aviso de previsión de compra	12) Fech o fec vent	cha del último balance para avi	so de importación o exportación iso de previsión de compra	
	tro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:	13) Núm	ero de Registro o Autorización	Sanitaria o Clave Alfanumérica:	
1876C2018 SSA					
14) Fracción arancela	ria:	14) Frac	14) Fracción arancelaria:		
	acéutica o tipo de envase:	15) Pres	entación farmacéutica o tipo d	e envase:	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					
16) Cantidad de lotes:	60	16) Cani	tidad de lotes:	n college grant, also missioni del proportio per programmente della circla del 18 PPC del 18 PPC del 19 PPC de	
	para agotar existencias:	17) Pror	roga de plazo para agotar exis	lencias:	
Try Trongs as place para again, on allowed.					
18) Presentación dest	inada a:	18) Pres	18) Presentación destinada a:		
Exportación	Sector salud G.I. Venta	portación 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):					
19) Unidad de medida	a de aplicación de la TIGIE (OWT).	13) 01110	ida de medida de apricación de	J. (2007)	
20) Cantidad de unida	ad de medida de aplicación de la TIGIE:	20) Can	tidad de unidad de medida de	aplicación de la TIGIE:	
21) Modelo:		21) Mod	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 l	o establecido	en cada tipo de trámite.		
	5. Modificación o ac	tualización c	le los datos		
En la tabla "Dice" coloca	ación(es) o actualización(es) que desee realizar. ar los datos completos actuales. colocar los datos completos ya modificados.				
Tipo de modificación	Dice		Deb	ne decir	
	Código postal:		Código postal:		
	Tipo y nombre de vialidad:	[paragraph of the control of the con	Tipo y nombre de vialidad:		
Domicilio del propietario	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, priva	da, terraceria	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, ca entre otros)	alle, carretera, camino, privada, terracería	
(domicilio	Número exterior: Número interior:	e am lami, al l'archament a ha phale mateur magnétic transférication des mais e	Número exterior:	Número interior:	
fiscal)	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento huma	no:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:		
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, haci	enda, rancho,	nda, rancho, (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda,		







Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Telefono 01-800-033-5050

contacto@cofepris.gob.mx

gob mx		17										
		Coi	nisid	ón Fo	ederal (oara	la Prote	ecci	ón contr	a Riesgos Sanitarios		
[Localidad:							Localidad:				
		cipio o al	caldi	a.	\$10.00 to \$10.00	egyco, propinsonale				Municipio o alcaldía:		
	*****	ad Feder	*****	and the same of the same		of per 10 Tables of Security Security				Entidad Federativa:		
	-	vialidad		mi-24/200-000-7	e).		race distance in the control of the Control			Entre vialidad (tipo y nombre):		
		lidad (tipo					ge, in the production of the state of the st	***************************************	and the second s	Y vialidad (tipo y nombre):		
	*******	lad poste	and the second	****************	ombre):	Freedoman Servicemen				Vialidad posterior (tipo y nombre):		
en de la constante de la const	Lada:		ndersen (1786 o °C o °C Tellind	a ide attraction from	emilenaportuliste salvitetelle	COMMUNICATION OF STREET	egenejoo janutus asutustan anutus niisen aanee	- Constitution of Constitution	nay manadologi filodina eleksi mellerilik kilosofi deleksi eleksi kilosofi eleksi eleksi kilosofi eleksi eleksi	Lada:		
	Teléf	ono:			ach actualpolinearisett, ithinistit attivi		riania nia Piarrego di Signi (como compensario e ma			Teléfono:		
a dissipance or the second sec	Exter	nsión:			ann an aire ann an an Ann an Ann an Ann an		WORLD AND COMMON PRINCIPAL AND COMMON PARTY.	***************************************		Extensión:		
Tipo de modificación					Dice	3				Debe decir		
Teléfono del	Lada		nankama da anakisto	agus, senari adamarina						Lada:		
establecimiento	Telé			n makan hakirini (M			programming a place among a nipon sa tanahadada		and the second s	Teléfono:		
ar giver any gaper any given you make a management was a schooled fine shellow shellow the Third State Art February		nsión:	7		T		T	T	1	Extensión:		
Horario del	D	L M	М	J	V S	de	HH: MM	а	HH: MM	D L M M J V S de HH:MM a HH:M		
establecimiento	D	L M	М	J	V S	de	HH; MM	а	HH: MM	D V M M J V S de HH:MM a HH:M		
Tipo de modificación												
Tipo de modificación	CUF	RP (opcior	al):							CURP (opcional):		
Representante legal	-	nbre(s):		******		Manager Control Control			Nombre(s):			
		ner apell	ido:		nde de articale de contracte y contracte e		e esperante de come o concesso	Park and Street, State of	Primer apellido:			
	Segundo apellido:									Segundo apellido:		
	Lad	a:	*******	er ar electric de la electrica de del	Landing to the second	enanamente benevi	anggaggaggaggaggaggaaan			Lada:		
	Teléfono:									Teléfono:		
	Exte	ensión:						en province) en util		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	odificación Dice Debe decir											
. 190 GO (NOTHOGOTO)	CUI	RP (opcior	nal):							CURP (opcional):		
Nombre(s):			THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE OWNER.	Nombre(s):								
	Primer apellido:							Primer apellido:				

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
and an extension of the anticommunication of the contract of the contract of the back of the desired (CATA) and the	CURP (opcional):	CURP (opcional):
Persona autorizada	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
Note: Consoducir of apadas	lo de percens autograda, tantas ueces como personas autorizadas teno	a notificadas o requiera notificar.

Suspensión de actividades Reinicio de actividades Baja definitiva del establecimier	nto
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. Segunda columna Primera columna) Alta A modificar Ya modificado () Baia 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 M .1 s s M ν de M M J de а HH: MM HH: MM HH: MM M M J ٧ V L M M J S de HH: MM HH: MM HH: MM Firma del responsable sanitario: Firma del responsable sanitario uadro en caso de modificación o actualización Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja 7. Datos del maquilador Persona física Datos del responsable sanitario RFC: FOES880820SL3 RFC:(a): CURP (opcional): CURP (opcional): SHUJEY CARMEN Nombre(s): Nombre(s): Primer apellido: Primer apellido: **FLORES**



Segundo apellido:

RFC:





Persona moral

NEX 130913 C14



Contacto:

741 1950

Segundo apellido:

743

Lada:

Teléfono:

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

ENRÍQUEZ

Denominación o razón social: Extensión: 13 shujey.flores@nextmed.com.mx NEXTMED, S.A. DE C.V. Correo electrónico: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Datos de la maquila FABRICACION Y ACONDICIONAMIENTO HASTA PRODUCTO TERMINADO Proceso a maquilar: TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA Motivo de la maquila: 1 AÑO Tiempo de duración de la maquila: AVISO DE FUNCIONAMIENTO Número de licencia sanitaria o indíque si presentó aviso de funcionamiento: Domicilio del maquilador Localidad: ZEMPOALA Código postal: 43830 ZEMPOALA Municipio o alcaldía: Tipo y nombre de vialidad: HIDALGO Entidad Federativa: CALLE FRANCISICO I. MADERO CALLE ZARAGOZA (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) Entre vialidad (tipo y nombre); Y vialidad (ligo vidente): CALLE TEMBLEQUE Número exterior: 110 Número interior: CALLE ABASOLO Vialidad posterior (tipo y nombre): Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Lada: 743 **COLONIA CENTRO** 741 1950 Teléfono: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento Extensión: N/A Datos con quien se efectúa la operación de importación o exportación País de procedencia: País de origen: Aduana de entrada o salida: País de destino: (Especifique sólo una) 8.A. Datos del fabricante Persona moral Persona física RFC RFC:(a): Denominación o razón social: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional Domicilio del fabricante Localidad: Código postal: Municipio o alcaldía:(a): Tipo y nombre de vialidad: Entidad Federativa:(a): (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) Entre vialidad (tipo y nombre): Y vialidad (tipo y nombre): Número interior: Número exterior: Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Vialidad posterior (tipo y nombre):







Contacto:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)			
Sólo cuando el establecimiento sea nacional.			
8.B. Da	atos del proveedor		
Persona física	Persona moral		
FC:(a):	RFC: ^(a) :		
CURP (opcional):	Denominación o razón social:		
lombre(s):			
rimer apellido:	Association and the second sec		
egundo apellido:			
s) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.			
Dom	icilio del proveedor		
Código postal:	Localidad:		
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:(a):		
	Entidad Federativa: ^(a) :		
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entre vialidad (tipo y nombre):		
Número exterior: Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):		
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):		
entre otros.) (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. 8.C. Datos	del facturador o consignatario		
Persona física	Persona moral		
RFC:(a):	RFC:(a):		
CURP (opcional):	Denominación o Razón social: ^(b) :		
Nombre(s):			
Primer apellido:			
Segundo apellido:			
Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Los datos del consignatario aplica únicamente en el trámite de exportación de	productos químicos esenciales.		
	el facturador o consignatario		
0/15	Localidad:		
Código postal:	Municipio o alcaldía: ^(a) :		
Tipo y nombre de vialidad:	Entidad Federativa: ^(a) :		
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretara, camino, privada, terraceria entre otros)	Entre vialidad (tipo y nombre):		
Número exterior: Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):		
Tipo y nombre de la colonja o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):		
Tipo y nombre della colonia e-destituttione numero.			
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamie	ento		
entre otros) a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.			







Datos del establecimiento	Datos del establecimiento			
Persona física	Persona física			
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:			
Persona moral	Personal moral			
RFC:	RFC:			
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:			
Domicilio establecimiento	Domicilio establecimiento			
Codigo postal:	Codigo 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)			
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.)	(Îipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)			
Localidad:	Localidad:			
Entidad Federativa:	Entidad Federativa:			
Nombre de la actividad regulada:	Nombre de la actividad regulada:			
Fecha en la que se realizó la actividad:	Fecha en la que se realizó la / / actividad:			
Sustancia:	Sustancia:			
Cantidad o volumen:	Cantidad o volumen:			
Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento: Nota: Para el caso de más de dos establecimientos, reproducir este recuadro, tantas	Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:			

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad senitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acapto que la notificación de este tránite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario (Artículo 35 tracción il de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos publicos?













Contacto:

gobinix

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

MAURICIO PONTONES SIMONO MAY 202

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.









Contacto: