

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 |
| 233300514X0480 |

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: |
| Séguno apellido: |
| Lada: |
| Teléfono: |
| Extensión: |
| Correo electrónico: |

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

Domicilio fiscal del propietario

| | |
|--|------------------|
| Código postal: 09810 | |
| Tipo y nombre de vialidad: CALLE GANADEROS | |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería 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:
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

(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 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

RFC: **GACA8006258H3**

CURP (opcional):

Nombre(s): **ALAN CHRISTIAN**

Primer apellido: **GALICIA**

Segundo apellido: **CASTILLO**

Horario del establecimiento

Horario de operaciones:

D **19 MAY 2019** s de **08:00** a **18:00**
HH:MM HH:MM

D L M M J V s de **16** / **12** a **2019**
HH:MM MM AAAA

Fecha de inicio de operaciones: **16** / **12** / **2019**
DD MM AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: **09810**

Tipo y nombre de vialidad:

CALLE GANADEROS

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

Número exterior: **234-B**

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

COLONIA GRANJAS ESMERALDA

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

Localidad: **N/A**

Municipio o alcaldía: **IZTAPALAPA**

Entidad Federativa: **CIUDAD DE MÉXICO**

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

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

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

Lada: **55**

Teléfono: **5501 9411**

Extensión: **N/A**

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

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s): **MAURICIO**

Primer apellido: **PONTONES**

Segundo apellido: **SIMON**

Lada: **55**

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s): **VERONICA**

Primer apellido: **AGUIRRE**

Segundo apellido: **SANCHEZ**

Lada: **55**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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

| Representante legal | |
|---------------------|----------------------------------|
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | DAVID |
| Primer apellido: | ARZATE |
| Segundo apellido: | FLORES |
| Lada: | 55 |
| Teléfono: | 5501 9411 |
| Extensión: | N/A |
| Correo electrónico: | darzate@medicapolaris.com |

| Persona autorizada | |
|---------------------|--------------------|
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | RAUL ELIGIO |
| Primer apellido: | ----- |
| Segundo apellido: | GOMEZ |
| Lada: | 55 |
| Teléfono: | 5501 9411 |
| Extensión: | N/A |
| Correo electrónico: | N/A |

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

| Persona autorizada | |
|---------------------|-------------------|
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | ANA ALICIA |
| Primer apellido: | SANTOS |
| Segundo apellido: | GONZALEZ |
| Lada: | 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: | |

| Persona autorizada | |
|--------------------|-----------------------|
| CURP (opcional): | |
| Nombre(s): | LYDIA REMEDIOS |
| Primer apellido: | BALLESTEROS |
| Segundo apellido: | BRAVO |
| Lada: | 55 |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
BATA GRANDE ESTÉRIL PARA CIRUJANO

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

2) Especificar:
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Ropa y Accesorios Medpol.

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

6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

10) Uso específico o proceso:

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |

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

12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

| |
|---|
| DD / MM / AAAA |
| 13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 2805C2017 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: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> 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: 2805C2017 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: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BATA QUIRÚRGICA 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BATA QUIRÚRGICA REFORZADA GRANDE- A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6) Forma farmacéutica o estado físico: PRODUCTO TERMINADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7) Cantidad o volumen total: 120,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8) Unidad de medida: PZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10) Uso específico o proceso: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:
 2805C2017 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:

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:
 2805C2017 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: Ropa y Accesorios Medpol. |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BATA QUIRÚRGICA REFORZADA GRANDE |
| 6) Forma farmacéutica o estado físico: 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: Ropa y Accesorios Medpol. |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BATA QUIRÚRGICA REFORZADA MEDIANA- A |
| 6) Forma farmacéutica o estado físico: PRODUCTO TERMINADO |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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: 2805C2017 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:

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: 2805C2017 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:
Ropa y Accesorios Medpol.

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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:
2805C2017 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) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
BATA QUIRÚRGICA UNITALLA PARA CIRUJANO - A

6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

10) Uso específico o proceso:

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |

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

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:
2805C2017 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:

1-9 MAY 2023

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

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Ropa y Accesorios Medpol.

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

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:
2805C2017 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:

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
BATA EXTRAGRANDE CON MARSUPIAL A

6) Forma farmacéutica o estado físico:
PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

10) Uso específico o proceso:

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |

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

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:
2805C2017 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.

Producto

Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

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

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:
2805C2017 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:

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

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

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:
2805C2017 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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BATA ESTÉRIL PARA CIRUJANO GRANDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 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: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input checked="" type="radio"/> Venta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BATA MEDIANA CON MARSUPIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 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: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input checked="" type="radio"/> Venta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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.

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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BATA ESTÉRIL PARA CIRUJANO MEDIANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 SSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14) Fracción arancelaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15) Presentación farmacéutica o tipo de envase: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16) Cantidad de lotes: | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17) Prórroga de plazo para agotar existencias: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BATA QUIRÚRGICA REFORZADA EXTRAGRANDE- A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6) Forma farmacéutica o estado físico: PRODUCTO TERMINADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7) Cantidad o volumen total: | 120,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8) Unidad de medida: | PZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9) Tipo de producto: | PRODUCTO TERMINADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10) Uso específico o proceso: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 SSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14) Fracción arancelaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15) Presentación farmacéutica o tipo de envase: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16) Cantidad de lotes: | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17) Prórroga de plazo para agotar existencias: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:

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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BATA QUIRÚRGICA REFORZADA EXTRAGRANDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BOTA PARA CIRUJANO CON ANTIDERRAPANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

2805C2017 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:

2805C2017 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BOTA PARA CIRUJANO CON ANTIDERRAPANTE 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: BOTA PARA CIRUJANO SIN ANTIDERRAPANTE 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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:
 2805C2017 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:
 2805C2017 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:
 Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
 BOTA PARA CIRUJANO SIN ANTIDERRAPANTE

6) Forma farmacéutica o estado físico:
 PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

Producto

Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.

1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
 DISPOSITIVO MEDICO

2) Especificar:
 MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
 Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
 CUBREZAPATO CON ANTIDERRAPANTE MEDIANO

6) Forma farmacéutica o estado físico:
 PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

10) Uso específico o proceso:

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |

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

12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:

DD / MM / AAAA

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 2805C2017 SSA

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes: 60

17) Prórroga de plazo para agotar existencias:

18) Presentación destinada a:

Exportación Sector salud G.I. Venta

19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

22) Descripción o denominación del producto:

9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

10) Uso específico o proceso:

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |

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

12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:

DD / MM / AAAA

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 2805C2017 SSA

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes: 60

17) Prórroga de plazo para agotar existencias: 19 MAY 2023

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: Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CUBREZAPATO DESECHABLE

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: Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CUBREZAPATO DE TRES CAPAS IMPERMEABLES - A

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:
2805C2017 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:

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:
2805C2017 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:

19 MAY 2023

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:

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
CUBREZAPATO DE TRES CAPAS IMPERMEABLES

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:
2805C2017 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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
GORRO PARA CIRUJANO

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:
2805C2017 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

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

2) Especificar:
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
GORRO PARA PACIENTE

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:
2805C2017 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

2) Especificar:
MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
GORRO PARA CIRUJANO 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:

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:
2805C2017 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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
GORRO PARA PACIENTE 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:

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:
2805C2017 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:

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:
Ropa y Accesorios Medpol

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
BULTO DE CAMPOS UTILITARIOS

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:
2805C2017 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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPOS HENDIDO PARA OFTALMOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS MENORES 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11) Concentración del principio activo y valor total en dólares: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 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: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input checked="" type="radio"/> Venta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPOS HENDIDO PARA OFTALMOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS MENORES 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11) Concentración del principio activo y valor total en dólares: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 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: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input checked="" type="radio"/> Venta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:

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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPOS HENDIDO PARA OFTALMOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS MENORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 SSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14) Fracción arancelaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15) Presentación farmacéutica o tipo de envase: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPOS HENDIDO PARA OFTALMOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS MENORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 SSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14) Fracción arancelaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15) Presentación farmacéutica o tipo de envase: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
CAMPOS QUIRURGICO HENDIDO 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:

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:

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
CAMPOS QUIRURGICO HENDIDO 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:

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

2805C2017 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:

2805C2017 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPOS SENCILLO 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPOS SENCILLO 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: / /

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 2805C2017 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.

12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta: / /

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica: 2805C2017 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:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPOS SENCILLO

6) Forma farmacéutica o estado físico: PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

Producto

19 MAY 2023

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: Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPOS SENCILLO

6) Forma farmacéutica o estado físico: PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 10) Uso específico o proceso: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |

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

12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:
 DD / MM / AAAA

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
 2805C2017 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.

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:
 2805C2017 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: |
| 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Ropa y Accesorios Medpol. |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPOS UTILITARIO ESTÉRIL |

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: CAMPO HENDIDO PARA OTORRINOLARINGOLOGÍA, |

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:
2805C2017 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:

ANESTESIOLOGÍA Y OTROS

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:
2805C2017 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:

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
CAMPO HENDIDO PARA OTORRINOLARINGOLOGÍA, ANESTESIOLOGÍA Y OTROS

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 dólares:

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:
2805C2017 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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
SABANA ESTÉRIL PARA CRANEOTOMÍA

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 dólares:

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:
2805C2017 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.

Producto

Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
SABANA DESECHABLE

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:
2805C2017 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:

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:
Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
UNIFORME PARA CIRUJANO UNITALLA

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:
2805C2017 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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: UNIFORME PARA CIRUJANO UNITALLA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 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: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input checked="" type="radio"/> Venta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: UNIFORME PLUS EXTRA GRANDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 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: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input checked="" type="radio"/> Venta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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.

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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: UNIFORME QUIRURGICO EXTRA GRANDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 SSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14) Fracción arancelaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15) Presentación farmacéutica o tipo de envase: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16) Cantidad de lotes: 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17) Prórroga de plazo para agotar existencias: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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: 1-9 MAY 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: UNIFORME PLUS GRANDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 2805C2017 SSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14) Fracción arancelaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15) Presentación farmacéutica o tipo de envase: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16) Cantidad de lotes: 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17) Prórroga de plazo para agotar existencias: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:

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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: UNIFORME QUIRURGICO GRANDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: UNIFORME PLUS MEDIANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

2805C2017 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:

2805C2017 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: UNIFORME QUIRURGICO MEDIANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: Ropa y Accesorios Medpol. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico: UNIFORME QUIRURGICO GRANDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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:
 2805C2017 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.

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:
 2805C2017 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.

19 MAY 2023

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:
 Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
 VESTUARIO PARA EQUIPO QUIRURGICO NO ESTÉRIL

6) Forma farmacéutica o estado físico:
 PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

Producto

Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.

1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
 DISPOSITIVO MEDICO

2) Especificar:
 MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
 Ropa y Accesorios Medpol.

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:
 VESTUARIO PARA EQUIPO QUIRURGICO NO ESTÉRIL

6) Forma farmacéutica o estado físico:
 PRODUCTO TERMINADO

7) Cantidad o volumen total: 120,000

8) Unidad de medida: PZ

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

10) Uso específico o proceso:

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |

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

12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:

DD / MM / AAAA

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
2805C2017 SSA

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes: 60

17) Prórroga de plazo para agotar existencias:

18) Presentación destinada a:

Exportación Sector salud G.I. Venta

19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

22) Descripción o denominación del producto:

9) Tipo de producto: PRODUCTO TERMINADO

10) Uso específico o proceso:

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |

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

12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:

DD / MM / AAAA

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:
2805C2017 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:

19 MAY 2023

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 |
|--|---|---|
| Domicilio del propietario (domicilio fiscal) | Código postal: | Código postal: |
| | Tipo y nombre de vialidad: | Tipo y nombre de vialidad: |
| | (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) | (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) |
| | Número exterior: Número interior: | Número exterior: Número interior: |
| | Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: | Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |
| | (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |
| | Localidad: | Localidad: |

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Municipio o alcaldía: | Municipio o alcaldía: |
| Entidad Federativa: | Entidad Federativa: |
| Entre vialidad (tipo y nombre): | Entre vialidad (tipo y nombre): |
| Y vialidad (tipo y nombre): | Y vialidad (tipo y nombre): |
| Vialidad posterior (tipo y nombre): | Vialidad posterior (tipo y nombre): |
| Lada: | Lada: |
| Teléfono: | Teléfono: |
| Extensión: | Extensión: |

| Tipo de modificación | Dice | Debe decir |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teléfono del establecimiento | Lada: | Lada: |
| | Teléfono: | Teléfono: |
| | Extensión: | Extensión: |
| <input type="checkbox"/> Horario del establecimiento | D L M M J V S de HH:MM a HH:MM | D L M M J V S de HH:MM a HH:MM |
| | D L M M J V S de HH:MM a HH:MM | D L M M J V S de HH:MM a HH:MM |

| Tipo de modificación | Dice | Debe decir |
|--|---------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Representante legal | CURP (opcional): | CURP (opcional): |
| | Nombre(s): | Nombre(s): |
| | Primer apellido: | Primer apellido: |
| | Segundo apellido: | Segundo apellido: |
| | Lada: | Lada: |
| | Teléfono: | Teléfono: |
| | Extensión: | Extensión: |
| | Correo electrónico: | Correo electrónico: |

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

| Tipo de modificación | Dice | Debe decir |
|---|---------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Persona autorizada | CURP (opcional): | CURP (opcional): |
| | Nombre(s): | Nombre(s): |
| | Primer apellido: | Primer apellido: |
| | Segundo apellido: | Segundo apellido: |
| | Lada: | Lada: |
| | Teléfono: | Teléfono: |
| | Extensión: | Extensión: |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: | |

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

| | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Suspensión de actividades | <input type="radio"/> Reinicio de actividades | <input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento |
| De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA | Fecha DD / MM / AAAA | |

Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(Artículo 373 de la Ley general de Salud)

6. Datos del responsable sanitario

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

| Primera columna | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|---|---|---|---|---|----|---------|---|---------|
| <input type="radio"/> Alta | <input type="radio"/> Baja | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> A modificar | | | | | | | | | | |
| RFC: | | | | | | | | | | |
| CURP (opcional): | | | | | | | | | | |
| Nombre(s): | | | | | | | | | | |
| Primer apellido: | | | | | | | | | | |
| Segundo apellido: | | | | | | | | | | |
| Lada: | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | | | | | | |
| Extensión: | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | |
| Con título profesional de: | | | | | | | | | | |
| Título profesional expedido por: | | | | | | | | | | |
| Número de cédula profesional: | | | | | | | | | | |
| Con especialidad de: | | | | | | | | | | |
| Título de especialidad expedido por: | | | | | | | | | | |
| Número de cédula de la especialidad: | | | | | | | | | | |
| Horario de operaciones | | | | | | | | | | |
| D | L | M | M | J | V | S | de | HH : MM | a | HH : MM |
| D | L | M | M | J | V | S | de | HH : MM | a | HH : MM |
| Firma del responsable sanitario | | | | | | | | | | |
| Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja | | | | | | | | | | |

| Segunda columna | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|----|---------|---|---------|
| <input type="radio"/> Ya modificado | | | | | | | | | | |
| RFC: | | | | | | | | | | |
| CURP (opcional): | | | | | | | | | | |
| Nombre(s): | | | | | | | | | | |
| Primer apellido: | | | | | | | | | | |
| Segundo apellido: | | | | | | | | | | |
| Lada: | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | | | | | | |
| Extensión: | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | |
| Con título profesional de: | | | | | | | | | | |
| Título profesional expedido por: | | | | | | | | | | |
| Número de cédula profesional: | | | | | | | | | | |
| Con especialidad de: | | | | | | | | | | |
| Título de especialidad expedido por: | | | | | | | | | | |
| Número de cédula de la especialidad: | | | | | | | | | | |
| Horario de operaciones | | | | | | | | | | |
| D | L | M | M | J | V | S | de | HH : MM | a | HH : MM |
| D | L | M | M | J | V | S | de | HH : MM | a | HH : MM |
| Firma del responsable sanitario: | | | | | | | | | | |
| Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización | | | | | | | | | | |

7. Datos del maquilador

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

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

| | | | |
|--|------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| RFC:(a): | NEX130913C14 | Teléfono: | 741 1950 |
| Denominación o razón social: | NEXTMED, S.A. DE C.V. | Extensión: | 113 |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. | | Correo electrónico: | shujey.flores@nextmed.com.mx |

| Datos de la maquila | |
|---|---|
| Proceso a maquilar: | FABRICACION Y ACONDICIONAMIENTO HASTA PRODUCTO TERMINADO |
| Motivo de la maquila: | TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA |
| Tiempo de duración de la maquila: | 1 AÑO |
| Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: | AVISO DE FUNCIONAMIENTO |

| Domicilio del maquilador | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| Código postal: | 43830 | Localidad: | ZEMPOALA |
| Tipo y nombre de vialidad: | CALLE FRANCISCO I. MADERO | Municipio o alcaldía: | ZEMPOALA |
| <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> | | Entidad Federativa: | HIDALGO |
| Número exterior: | 110 | Número interior: | |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: | COLONIA CENTRO | Entre vialidad (tipo y nombre): | CALLE ZARAGOZA |
| <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small> | | 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 | |
|--|------------------------------|
| Persona física | Persona moral |
| RFC:(a): | RFC |
| CURP (opcional): | Denominación o razón social: |
| Nombre(s): | |
| Primer apellido: | |
| Segundo apellido: | |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. | |

| Domicilio del fabricante | |
|---|---------------------------------|
| Código postal: | Localidad: |
| Tipo y nombre de vialidad: | Municipio o alcaldía:(a): |
| <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small> | |
| | Entidad Federativa:(a): |
| | 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.

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): |
| 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: |

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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


19 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.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL