

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Avisos

Homoclave del formato
F-COFEPRIS-03
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de ingreso

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:	Nombre:
Modalidad:	

2. Datos del propietario

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

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Domicilio fiscal del propietario

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	

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

“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)”

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Extensión:

3. Datos del establecimiento

RFC Denominación o razón social:

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

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

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

Responsable sanitario

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

Horario del establecimiento

Horario de operaciones:

D	X	X	X	X	X	S	de	HH : MM	a	HH : MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM

Fecha de inicio de operaciones: DD / MM / AAAA

Domicilio del establecimiento

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

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

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

Representante legal

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

Persona autorizada

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Correo electrónico:

Correo electrónico:

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

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

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

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

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

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

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

4. Datos del producto

Producto
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
2) Especificar:
3) Denominación específica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:

Producto
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
2) Especificar:
3) Denominación específica del producto o servicio:
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:

Contacto:

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6) Forma farmacéutica o estado físico:													
7) Cantidad o volumen total:													
8) Unidad de medida:													
9) Tipo de producto:													
10) Uso específico o proceso:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:													
12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:													
DD / MM / AAAA													
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:													
14) Fracción arancelaria:													
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:													
16) Cantidad de lotes:													
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:													
18) Presentación destinada a:													
<input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input 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:													

6) Forma farmacéutica o estado físico:													
7) Cantidad o volumen total:													
8) Unidad de medida:													
9) Tipo de producto:													
10) Uso específico o proceso:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:													
12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:													
DD / MM / AAAA													
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:													
14) Fracción arancelaria:													
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:													
16) Cantidad de lotes:													
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:													
18) Presentación destinada a:													
<input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input 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.

5. Modificación o actualización de los datos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.
 En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.
 En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)		(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior:	Número interior:	Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)		Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	
Localidad:		Localidad:	
Municipio o alcaldía:		Municipio o alcaldía:	
Entidad Federativa:		Entidad Federativa:	
Entre vialidad (tipo y nombre):		Entre vialidad (tipo y nombre):	
Y vialidad (tipo y nombre):		Y vialidad (tipo y nombre):	
Vialidad posterior (tipo y nombre):		Vialidad posterior (tipo y nombre):	
Lada:		Lada:	
Teléfono:		Teléfono:	
Extensión:		Extensión:	

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

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

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Extensión:

Extensión:

Correo electrónico:

Correo electrónico:

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

Suspensión de actividades

Reinicio de actividades

Baja definitiva del establecimiento

De DD / MM / AAAA

A DD / MM / AAAA

Fecha DD / MM / AAAA

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

6. Datos del responsable sanitario

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.

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

Primera columna

Segunda columna

Alta Baja A modificar

Ya modificado

RFC:

RFC:

CURP (opcional):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Nombre(s):

Primer apellido:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Lada:

Teléfono:

Teléfono:

Extensión:

Extensión:

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Con título profesional de:

Con título profesional de:

Título profesional expedido por:

Título profesional expedido por:

Número de cédula profesional:

Número de cédula profesional:

Con especialidad de:

Con especialidad de:

Título de especialidad expedido por:

Título de especialidad expedido por:

Número de cédula de la especialidad:

Número de cédula de la especialidad:

Horario de operaciones

Horario de operaciones

D	X	X	X	X	X	S	de	HH : MM	a	HH : MM
---	---	---	---	---	---	---	----	---------	---	---------

D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM
---	---	---	---	---	---	---	----	---------	---	---------

D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM
---	---	---	---	---	---	---	----	---------	---	---------

D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM
---	---	---	---	---	---	---	----	---------	---	---------

Firma del responsable sanitario

Firma del responsable sanitario:

Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja

Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización

7. Datos del maquilador

Persona física

Datos del responsable sanitario

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

RFC ^(a) :
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Persona moral
RFC ^(a) :
Denominación o razón social:

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Datos de la maquila

Proceso a maquilar:
Motivo de la maquila:
Tiempo de duración de la maquila:
Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:

Domicilio del maquilador

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:
Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:
Teléfono:
Extensión:

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
RFC ^(a) :
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:

Persona moral
RFC
Denominación o razón social:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Segundo apellido:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del fabricante

Código postal:

Tipo y nombre de vialidad:

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

Número exterior:

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o alcaldía^(a):

Entidad Federativa^(a):

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

8.B. Datos del proveedor

Persona física

RFC^(a):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

RFC^(a):

Denominación o razón social:

Domicilio del proveedor

Código postal:

Tipo y nombre de vialidad:

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

Número exterior:

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o alcaldía^(a):

Entidad Federativa^(a):

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

8.C. Datos del facturador o consignatario

Persona física

RFC^(a):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Persona moral

RFC^(a):

Denominación o Razón social^(b):

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

Primer apellido:
Segundo apellido:

- (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.
- (b) Los datos del consignatario aplica únicamente en el trámite de exportación de productos químicos esenciales.

Domicilio del facturador o consignatario

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)</small>	

- (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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

9. Informe anual de la actividad regulada

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

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

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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

Nota: Para el caso de más de dos establecimientos, reproducir este recuadro, tantas veces sea necesario.

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

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

Si

X

No

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**.