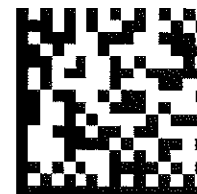


**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS****CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS****Comprobante de Trámite****USO EXCLUSIVO COFEPRIS****163300421D0688****16/12/2016****14:45 hrs.****FORMATO DE COFEPRIS-04**Tipo de Trámite: **021**Homoclave del Trámite: **COFEPRIS-04-021-D**Subtipo: **SOLICITUD DE PRÓRROGA DEL REGISTRO
SANITARIO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**Modalidad: **D. REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
OTORGADOS AL AMPARO DEL ACUERDO DE
EQUIVALENCIA E.U.A. Y CANADÁ**

R.F.C. O C.U.R.P.:	BSM 961107QV7
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOSTON SCIENTIFIC DE MEXICO, S.A. DE C.V.
DOMICILIO:	AVENIDA DE LOS ANGELES NO. 303 INTERIOR 10
REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO :	LETICIA MENDOZA GONZALEZ
NÚMERO DE INGRESO DE REFERENCIA :	16 DEC 2016
ANEXOS:	OTROS: ANEXA UN CD Y UN BLOQUE DE INFORMACION
LLAVE DE PAGO:	FDF00B3851
REGISTRO SANITARIO:	
NÚM. DE BOLSA DE INF. CONFIDENCIAL:	
NÚM. FOLIO DE BOLSA DE INF. CONFIDENCIAL:	
MODO DE INGRESO Y ENTREGA:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VENTANILLA

Para obtener información sobre la disponibilidad de sus trámites usted podrá consultarnos en nuestra página www.cofepris.gob.mx en "Trámites Disponibles" o bien comunicarse al Centro de Atención Telefónica al número: **01 800 033 5050**. Si la resolución de su trámite se encuentra disponible podrá recogerla contra entrega de este comprobante de trámite original en el Centro Integral de Servicios, donde permanecerán disponibles durante 30 días naturales y solo será entregada al representante legal, responsable sanitario o personas autorizadas notificadas ante ésta Comisión Federal previa presentación de identificación oficial.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Autorizaciones, Certificados y Visitas

*Acuse
Promo 99
1426*

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-01
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:	COFEPRIS-04-021-D	Nombre:	Solicitud de Prórroga del Registro Sanitario de Dispositivos Médicos.
Modalidad:	Modalidad D: Registros de Dispositivos Médicos otorgados al Amparo del Acuerdo de Equivalencia E.U.A. y Canadá.		

2. Datos del propietario

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

Persona moral
RFC: BSM961107QV7
Denominación o razón social: BOSTON SCIENTIFIC DE MÉXICO S.A. DE C.V.
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: MEGL681207FM6
CURP (opcional): NO APLICA
Nombre(s): LETICIA
Primer apellido: MENDOZA
Segundo apellido: GONZÁLEZ
Lada: 01 (55)
Teléfono: 59924100
Extensión: 4133
Correo electrónico: Leticia.Mendoza@bsci.com

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 03940
Tipo y nombre de vialidad: AVENIDA INSURGENTES SUR (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
Número exterior: 1602 Número interior: PISO 2
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA CRÉDITO CONSTRUCTOR (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: NO APLICA
Municipio o alcaldía: BENITO JUÁREZ
Entidad Federativa: CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE HERMES
Y vialidad (tipo y nombre): AVENIDA BARRANCA DEL MUERTO
Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MOSQUETA
Lada: 01 (55)
Teléfono: 59924100
Extensión: NO APLICA

"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

3. Datos del establecimiento

RFC: BSM961107QV7	Denominación o razón social: BOSTON SCIENTIFIC DE MÉXICO 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 435313	Descripción del SCIAN Comercio al por mayor del mobiliario, equipo e instrumental médico y de laboratorio (Excepto mobiliario médico)
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: EODO680505JW0	
CURP (opcional): EODO680505MDFSBS09	
Nombre(s): OSIGRIS	
Primer apellido: ESCOBAR	
Segundo apellido: DUBÓN	

Sólo para el alta de licencia sanitaria	
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	
Fecha de inicio de operaciones:	DD MM AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: 02120
Tipo y nombre de vialidad: AVENIDA DE LOS ÁNGELES (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
Número exterior: No. 303 Número interior: Int. 10
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA SAN MARTIN XOCHINAHUAC (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: NO APLICA
Municipio o alcaldía: AZCAPOTZALCO
Entidad Federativa: CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA SAN PABLO XALPA
Y vialidad (tipo y nombre): CALLE TRONCOSO
Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE CANCAB
Lada: 01 (55)
Teléfono: 59924100
Extensión: NO APLICA

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

Representante legal	
CURP (opcional): NO APLICA	
Nombre(s): EDUARDO JORGE GERMÁN	
Primer apellido: VERGES	
Segundo apellido: ALDANA	
Lada: 01 (55)	
Teléfono: 59924100	
Extensión: 4109	
Correo electrónico: eduardojorge.vergesaldana@bsci.com	

Persona autorizada	
CURP (opcional): NO APLICA	
Nombre(s): OSIGRIS	
Primer apellido: ESCOBAR	
Segundo apellido: DUBON	
Lada: 01 (55)	
Teléfono: 59924100	
Extensión: 4117	
Correo electrónico: escobao@bsci.com	

Nota: Reproducir el apartado de Representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Representante legal	
CURP (opcional):	NO APLICA
Nombre(s):	LETICIA
Primer apellido:	MENDOZA
Segundo apellido:	GONZÁLEZ
Lada:	01 (55)
Teléfono:	59924100
Extensión:	4133
Correo electrónico:	Leticia.Mendoza@bsci.com

Persona autorizada	
CURP (opcional):	NO APLICA
Nombre(s):	LETICIA
Primer apellido:	MENDOZA
Segundo apellido:	GONZÁLEZ
Lada:	01 (55)
Teléfono:	59924100
Extensión:	4133
Correo electrónico:	Leticia.Mendoza@bsci.com

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

Persona autorizada	
CURP (opcional):	NO APLICA
Nombre(s):	DAVID
Primer apellido:	JUAREZ
Segundo apellido:	SOBERANEZ
Lada:	01 (55)
Teléfono:	59924100
Extensión:	4116
Correo electrónico:	juarezd@bsci.com

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

Persona autorizada	
CURP (opcional):	NO APLICA
Nombre(s):	MAURA JAZMIN
Primer apellido:	COSME
Segundo apellido:	URISTA
Lada:	01 (55)
Teléfono:	59924100
Extensión:	4112
Correo electrónico:	cosmeum@bsci.com

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

Persona autorizada	
CURP (opcional):	NO APLICA
Nombre(s):	SOFIA CAROLINA
Primer apellido:	MINJARES
Segundo apellido:	AGUILAR
Lada:	01 (55)
Teléfono:	59924100
Extensión:	4159
Correo electrónico:	Sofia.MinjaresAguilar@bsci.com

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

Persona autorizada	
CURP (opcional):	NO APLICA
Nombre(s):	NORMA GABRIELA
Primer apellido:	ALCANTARA
Segundo apellido:	ORENDAIN
Lada:	01 (55)
Teléfono:	59924100
Extensión:	4104
Correo electrónico:	Alcantan@bsci.com

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

Persona autorizada	
CURP (opcional):	NO APLICA
Nombre(s):	AIDEE PAOLA
Primer apellido:	IBÁÑEZ
Segundo apellido:	GARCIA
Lada:	01 (55)
Teléfono:	59924100
Extensión:	4129
Correo electrónico:	ibaneza@bsci.com

Nota: Reproducir el apartado de Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

4. Modificación y/o prórroga

Seleccione una opción: ☐ Modificación ☐ Prórroga

Número de documento:

Dice / condición autorizada

Debe decir / condición solicitada

5. Datos del producto

Producto

1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:

Dispositivos Medicos

2) Especificar: **Ayuda Funcional - Implante / Clase III**

3) Denominación específica del producto:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:

5) Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE:

6) Forma farmacéutica o forma física:

7) Tipo de producto:

8) Fracción arancelaria:

9) Cantidad de lotes:

10) Unidad de medida:

11) Cantidad o volumen total:

12) Número de piezas a fabricar:

13) Kilogramos o gramos por lote:

14) Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanumérica:

15) Número de registro sanitario: **1426C2012 SSA**

16) Número de acta:

17) Presentación: **Presentaciones amparadas en el registro**

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

19) Clave del(de los) lote(s):

Producto

1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:

2) Especificar:

3) Denominación específica del producto:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:

5) Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE:

6) Forma farmacéutica o forma física:

7) Tipo de producto:

8) Fracción arancelaria:

9) Cantidad de lotes:

10) Unidad de medida:

11) Cantidad o volumen total:

12) Número de piezas a fabricar:

13) Kilogramos o gramos por lote:

14) Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanumérica:

15) Número de registro sanitario:

16) Número de acta:

17) Presentación:

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

19) Clave del(de los) lote(s):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

20) Indicaciones de uso:
21) Concentración:
22) Indicaciones terapéuticas:
23) Fecha de fabricación: DD / MM / AAAA
24) Fecha de caducidad: DD / MM / AAAA
25) Temperatura de almacenamiento:
26) Temperatura de transporte:
27) Medio de transporte o aduana de entrada:
28) Identificación de contenedores:
29) Envase primario:
30) Envase secundario:
31) Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:
32) Número de partida:
33) Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):
34) Presentación destinada a: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Genérico <input type="radio"/> Sector Salud <input type="radio"/> Venta
35) Fabricación del producto: <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Extranjero
36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):
37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:
39) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):

20) Indicaciones de uso:
21) Concentración:
22) Indicaciones terapéuticas:
23) Fecha de fabricación: DD / MM / AAAA
24) Fecha de caducidad: DD / MM / AAAA
25) Temperatura de almacenamiento:
26) Temperatura de transporte:
27) Medio de transporte o aduana de entrada:
28) Identificación de contenedores:
29) Envase primario:
30) Envase secundario:
31) Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:
32) Número de partida:
33) Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):
34) Presentación destinada a: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Genérico <input type="radio"/> Sector Salud <input type="radio"/> Venta
35) Fabricación del producto: <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Extranjero
36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):
37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:
39) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):

Nota: Reproducir datos del producto, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

6. Información para certificados

Uso del certificado (para exportación, registro, prórroga y otros):	País destino:
Especificar características:	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

7. Información para protocolo de investigación

Marca el tipo de protocolo a realizar: ☐ Nuevo ☐ Modificación o enmienda

Título del protocolo:

Vía de administración (medicamentos o dispositivos médicos):

Nombre del investigador principal:

Nombre(s) de la(s) institución(es) donde se realizará la investigación:

8. Información para registro sanitario de insumos para la salud

8.A. Para producto maquilado

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:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Datos del responsable sanitario

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Etapas del proceso de fabricación:

Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento:

Domicilio para el producto maquilado

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):

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

8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral
RFC:(a): NO APLICA
Denominación o razón social: Boston Scientific Corporation

Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales

Código postal: No aplica
Tipo y nombre de vialidad: Brookside Drive, (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
Número exterior: 780 Número interior: NO APLICA
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: NO APLICA (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Nota: En caso de ser más de un fabricante, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario.

Localidad: Spencer
Municipio o alcaldía: NO APLICA
Entidad Federativa: IN, Estados Unidos de America
Entre vialidad (tipo y nombre): NO APLICA
Y vialidad (tipo y nombre): NO APLICA
Vialidad posterior (tipo y nombre): NO APLICA

8.C. Datos del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud)

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral
RFC:(a): BSM961107QV7
Denominación o razón social: Boston Scientific de México, S.A. de C.V.

Domicilio del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud)

Código postal: 02120
Tipo y nombre de vialidad: Avenida de los Ángeles (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
Número exterior: No. 303 Número interior: Interior 10
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Colonia San Martín Xochinahuac (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Nota: En caso de ser más de un fabricante o distribuidor, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario.

Localidad: No aplica
Municipio o alcaldía: Azcapotzalco
Entidad Federativa: Ciudad de México
Entre vialidad (tipo y nombre): Av. San Pablo Xalpa
Y vialidad (tipo y nombre): Calle Troncoso
Vialidad posterior (tipo y nombre): Calle Cancab

Contacto:

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral
RFC:(a): NO APLICA
Denominación o razón social: Boston Scientific Corporation

Domicilio del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud)

Código postal: 01752
Tipo y nombre de vialidad: Boston Scientific Way (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
Número exterior: 300 Número interior: NO APLICA
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: NO APLICA (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad: No aplica
Municipio o alcaldía: MARLBOROUGH
Entidad Federativa: MASSACHUSETTS
Entre vialidad (tipo y nombre): NO APLICA
Y vialidad (tipo y nombre): NO APLICA
Vialidad posterior (tipo y nombre): NO APLICA

Nota: En caso de ser más de un fabricante o distribuidor, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario.

8.D. Datos del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral
RFC:(a): BSC961107QV7
Denominación o razón social: Boston Scientific de México, S.A. de C.V.

Domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud

Código postal: 02120
Tipo y nombre de vialidad: Avenida de los Ángeles (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
Número exterior: 303 Número interior: 10
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Colonia San Martín Xochinahuac (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad: No aplica
Municipio o alcaldía: Azcapotzalco
Entidad Federativa: CIUDAD DE MÉXICO
Entre vialidad (tipo y nombre): Av. San Pablo Xalpa
Y vialidad (tipo y nombre): Calle Troncoso
Vialidad posterior (tipo y nombre): Calle Cancab

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

9. Información para importación, exportación y otras autorizaciones

Régimen de importación (sólo para importadores)

☐

Temporal

☐

Definitiva

☐

Depósito fiscal

País de origen:

País de procedencia:

País de destino:

Aduana de entrada o salida:
(Especifique sólo una)

9.A. Datos del fabricante

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 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:

Entidad Federativa:

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

9.B. Datos del proveedor o distribuidor

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 o distribuidor

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:

Entidad Federativa:

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

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

9.C. Datos del destinatario (destino final)

Persona física

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

Persona moral

RFC:
Denominación o razón social:

Domicilio del destinatario (destino final)

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

9.D Datos del facturador

Persona física

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

(b) Sólo para insumos para la salud.

Persona moral

RFC:
Denominación o Razón social:^(b):

Domicilio del facturador

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

10. Información para la autorización de terceros

10.A. Laboratorio de pruebas

- ☐ Análisis de alimentos, bebidas y suplementos alimenticios y productos de perfumería y belleza.
- ☐ Análisis de medicamentos y dispositivos médicos
- ☐ Análisis de plaguicidas, fertilizantes y nutrientes vegetales
- ☐ Otro (especifique): _____

10.B. Unidades de verificación

- ☐ Verificación de establecimientos
- ☐ Muestreo
- ☐ Otro (especifique): _____

10.C. Pruebas de intercambiabilidad para medicamentos genéricos intercambiables

- ☐ Unidad clínica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia
- ☐ Unidad analítica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia
- ☐ Unidad analítica para estudios de perfiles de disolución

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

11. Datos de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

Persona física

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

FOTO

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

En caso de prórroga, indique el número de la tarjeta de control sanitario:

Domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

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:

País:

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

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 públicos?



Sí



No

QFB Leticia Mendoza Gonzalez

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, sirvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al 01-800-033-5050 y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al 01-800-420-4224.

Contacto:

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



**RECIBO BANCARIO DE
PAGO DE
CONTRIBUCIONES,
PRODUCTOS Y
APROVECHAMIENTOS
FEDERALES**

Hoja 1 de 1

Plaza: **180**
Sucursal: **0177**

R.F.C.: BSM961107QV7

Denominación o razón social: BOSTON SCIENTIFIC DE MEXICO SA
DE CV

Fecha y Hora de Pago: 02/05/2016 09:40 hrs.

Cuenta de cargo: 0450001473

No. de operación: 612312004881

Llave de Pago:
FDF00B3851

Total efectivamente pagado: \$ 14,368

Dependencia: 55 Comisión Federal para la Protección contra
Riesgos Sanitarios

Por los siguientes conceptos:

Derechos, Productos y Aprovechamientos

Clave de Referencia del DPA: 554001071

Cadena de la Dependencia: 0004021D030000

Importe	14,368
Cantidad Pagada	14,368

Cadena Original

||10001=BSM961107QV7|10017=14368|20001=40012|20002=612312004881|40002=20160502|4
0003=09:40|40008=FDF00B3851|14704=14368|14708=14368|14720=14368|14733=554001071|
14734=0004021D030000|30003=000001000007000163574||

Sello digital

||bFp7NRNntIOJ6Gdg4Kv0dr2kCPkcD/NOHiAu5NdnrWA5xfl21/yM+dvuHSLTyVJXxwLZAMa+kZLgdM
EaDAwHNiiVd5WQCOIV15N+JeCUotdscm57RGTAaLA7iR5QcTutFBWwPV46yZVAx/lQwVe89HUVcouX0
x90CnpHc49xF0=||