


**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN  
CONTRA RIESGOS SANITARIOS**
**CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS**
**Comprobante de Trámite**


<b>USO EXCLUSIVO COFEPRIS</b>  <div style="background-color: yellow; padding: 5px; text-align: center;"> <b>163300421C0432</b> </div>  <div style="text-align: center;"> <b>08/03/2016</b>   <b>12:02 hrs.</b> </div>	<b>FORMATO DE COFEPRIS-04</b> Tipo de Trámite: <b>021</b> Homoclave del Trámite: <b>COFEPRIS-04-021-C</b> <b>SOLICITUD DE PRÓRROGA DEL</b> Subtipo: <b>REGISTRO SANITARIO DE</b> <b>DISPOSITIVOS MÉDICOS</b> <b>C. PRODUCTOS DE IMPORTACIÓN</b> <b>(FABRICACIÓN EXTRANJERA)</b> <b>(EQUIPOS MÉDICOS, PRÓTESIS,</b> <b>ORTESIS, AYUDAS FUNCIONALES,</b> Modalidad: <b>AGENTES DE DIAGNÓSTICO, INSUMOS</b> <b>DE USO ODONTOLÓGICO, MATERIAL</b> <b>QUIRÚRGICO, DE CURACIÓN,</b> <b>PRODUCTOS HIGIÉNICOS,</b> <b>INSTRUMENTAL Y OTROS</b> <b>DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO)</b>
R.F.C. O C.U.R.P.:	<b>AIM 9307162M9</b>
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	<b>ARROW INTERNACIONAL DE MEXICO S.A. DE C.V.</b>
DOMICILIO:	<b>AV. INDUSTRIA AUTOMOTRIZ 128-C EDIFICIO A-2 (DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE BOMI DE MEXICO)</b>
REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO:	<b>RODOLFO ALBERTO CALIXTO MARTINEZ</b>
NÚMERO DE INGRESO DE REFERENCIA:	
ANEXOS:	<b>OTROS: ANEXA 12 COPIAS</b>
REGISTRO SANITARIO:	
NÚM. DE BOLSA DE INF. CONFIDENCIAL:	
NÚM. FOLIO DE BOLSA DE INF. CONFIDENCIAL:	
MODO DE INGRESO Y ENTREGA:	<b>CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VENTANILLA</b>
<p>Para obtener información sobre la disponibilidad de sus trámites usted podrá consultarnos en nuestra página <a href="http://www.cofepris.gob.mx">www.cofepris.gob.mx</a> en "Trámites Disponibles" o bien comunicarse al Centro de Atención Telefónica al número: 01 800 033 5050.</p> <p>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.</p>	

*Prórroga, 1084291 SSA*

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**Autorizaciones, Certificados y Visitas**

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.

**1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite**

Homoclave: COFEPRIS-04-021-C Nombre: SOLICITUD DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS C - PRODUCTOS DE IMPORTACIÓN (FABRICACIÓN EXTRANJERA).  
Modalidad: (EQUIPOS MÉDICOS, PRÓTESIS, ÓRTESIS, AYUDAS FUNCIONALES, AGENTES DE DIAGNÓSTICO, INSUMOS DE USO ODONTOLÓGICO, MATERIAL QUIRÚRGICO, DE CURACIÓN, PRODUCTOS HIGIÉNICOS, INSTRUMENTAL Y OTROS DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO)

**2. Datos del propietario**

**Persona física**

RFC:  
CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Teléfono (lada y número):  
Correo electrónico:

**Persona moral**

RFC: AIM 930716 2M9  
Denominación o razón social:  
ARROW INTERNACIONAL DE MÉXICO, S.A. DE C.V.  
Representante legal o apoderado que solicita el trámite  
RFC:  
CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Teléfono (lada y número):  
Correo electrónico:

**Domicilio fiscal de la empresa**

Código postal: 03100  
Calle: AV. INSURGENTES SUR  
(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros )  
Número exterior: 800 Número interior: PISO 21  
Colonia: DEL VALLE  
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre

Localidad:  
Municipio o delegación: BENITO JUÁREZ  
Estado o Distrito Federal: CIUDAD DE MÉXICO  
Entre que calles (tipo y nombre): LOS ÁNGELES Y PASADENA  
Calle posterior (tipo y nombre): MAGDALENA  
Teléfono (lada y número): (+52) 55 5002-3500

**"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, Distrito Federal,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

otros)

3. Datos del establecimiento

RFC: AIM 930716 2M9 Denominación o razón social: ARROW INTERNACIONAL DE MÉXICO, S.A. DE C.V.  
Indique la clave y descripción del giro que corresponda a el establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:  
Clave SCIAN Descripción del SCIAN  
435313 COMERCIO AL POR MAYOR DE 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

Responsable sanitario	
RFC:	CAMR 761003 6S8
CURP (opcional):	
Nombre(s):	RODOLFO ALBERTO
Primer apellido:	CALIXTO
Segundo apellido:	MARTINEZ

Sólo para el alta de licencia sanitaria	
Horario de operaciones (marcar con una X):	
D L M M J V S de a	
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: 50070  
Calle: AV. INDUSTRIA AUTOMOTRIZ (DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE BOMI DE MÉXICO)  
(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros )  
Número exterior: 128-C Número interior: EDIFICIO A-2  
Colonia: PARQUE INDUSTRIAL EL COECILLO  
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

Localidad:  
Municipio o delegación: TOLUCA  
Estado o Distrito Federal: ESTADO DE MEXICO  
Entre que calles (tipo y nombre): BENITO JUAREZ GARCIA Y TENOCHTITLAN  
Calle posterior (tipo y nombre): INDUSTRIA AUTOMOTRIZ  
Teléfono (lada y número): (01-722) 249 2002

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

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	MARÍA GUADALUPE
Primer apellido:	ZURITA
Segundo apellido:	ALDRETE
Teléfono (lada y número):	(+52) 55 5002-3515
Correo electrónico:	lupita.zurita@teleflex.com

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	RODOLFO ALBERTO
Primer apellido:	CALIXTO
Segundo apellido:	MARTINEZ
Teléfono (lada y número):	(+52) 55 5002-3503
Correo electrónico:	rodolfo.calixto@teleflex.com

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

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

## Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Correo electrónico:

## Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s): CRISTINA

Primer apellido: ÁVILA

Segundo apellido: PÉREZ

Teléfono (lada y número): (+52) 55 5002-3526

Correo electrónico: [cristina.avila@teleflex.com](mailto:cristina.avila@teleflex.com)

## Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Correo electrónico:

## Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Correo electrónico:

## 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:

DISPOSITIVO MÉDICO

2) Especificar: MATERIAL DE CURACIÓN

3) Denominación específica del producto:

CATÉTERES CARDIOVASCULARES

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:

CATÉTERES CARDIOVASCULARES ARROW

5) Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre

## 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

## Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Distrito Federal,  
C.P. 03810.

Teléfono 01-800-033-5050

[contacto@cofepris.gob.mx](mailto:contacto@cofepris.gob.mx)



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

científico o identificador único de la OCDE:

CATÉTERES CARDIOVASCULARES

- 6) Forma farmacéutica o forma física: SOLIDA
- 7) Tipo de producto: TERMINADO
- 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 alfanúmerica:
- 15) Número de registro sanitario: 1084C91 SSA
- 16) Número de acta:
- 17) Presentación: PRESENTACIONES APROBADAS EN EL OFICIO DE REGISTRO SANITARIO
- |                               | 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):
- 20) Indicaciones de uso: PARA CAPACITAR AL MÉDICO A OBTENER PRESIONES HEMODINÁMICAS Y DE MEDICIÓN DEL GASTO CARDÍACO POR EL MÉTODO DE TERMODILUCIÓN, ACOPLADO A UN EQUIPO APROPIADO PARA REALIZAR EL REGISTRO DE LAS MEDIDAS
- 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: ENVASE BURBUJA
- 30) Envase secundario: CAJA DE CARTON
- 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):

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 alfanúmerica:
- 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):
- 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):

Contacto:

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

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

34) Presentación destinada a:

Exportación ☐ Genérico ☐ Sector Salud ☐ **Venta** ☒

35) Fabricación del producto:

☐ Nacional ☒ 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):

34) Presentación destinada a:

Exportación ☐ Genérico ☐ Sector Salud ☐ **Venta** ☒

35) Fabricación del producto:

☐ Nacional ☐ 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:

### 7. Información para protocolo de investigación

Marca con una X 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):

Datos del responsable sanitario

RFC:

#### Contacto:

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Persona moral

RFC (a):

Denominación o razón social:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Fax (lada y número):

Correo electrónico:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Etapas del proceso de fabricación:

Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento:

Domicilio para producto maquilado

Código postal:

Calle:

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

Localidad:

Municipio o delegación:

Estado o Distrito Federal:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

Teléfono (lada y número):

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):

Denominación o razón social:

ARROW INTERNACIONAL INC.

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

Código postal: 19605

Calle: BERNVILLE ROAD

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)

Número exterior: 2400

Número interior:

Colonia:

Localidad: READING

Municipio o delegación: PENNSYLVANIA

Estado o Distrito Federal:

País: E.U.A.

Entre que calles (tipo y nombre):

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;

Delegación Benito Juárez, Distrito Federal,

C.P. 03810.

Teléfono 01-800-033-5050

contacto@cofepris.gob.mx



## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

Calle posterior (tipo y nombre):

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

### 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 en el extranjero para productos de importación o nacionales

Código postal:

Calle:

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

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

Localidad:

Municipio o delegación:

Estado o Distrito Federal:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

### 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):

AIM 930716 2M9

Denominación o razón social:

ARROW INTERNACIONAL DE MÉXICO, S.A. DE C.V.

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

Código postal (a): 03100

Calle: AV. INSURGENTES SUR

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)

Número exterior: 800

Número interior: PISO 21

Colonia: DE VALLE

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

Localidad:

Municipio o delegación (a): BENITO JUAREZ

Estado o Distrito Federal (a): CIUDAD DE MÉXICO

Entre que calles (tipo y nombre): LOS ANGELES Y PASADENA

Calle posterior (tipo y nombre): MAGDALENA

#### Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Distrito Federal,  
C.P. 03810.

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



## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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	Persona moral
RFC <sup>(a)</sup> :	RFC <sup>(a)</sup> : AIM 930716 2M9
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	ARROW INTERNACIONAL DE MÉXICO, S.A. DE C.V.
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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

Código postal: 50070	Localidad:
Calle: AV. INDUSTRIA AUTOMOTRIZ (DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE BOMI DE MÉXICO) (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)	Municipio o delegación <sup>(a)</sup> : TOLUCA
Número exterior: 128-C Número interior: EDIFICIO A-2	Estado o Distrito Federal <sup>(a)</sup> : ESTADO DE MEXICO
Colonia: PARQUE INDUSTRIAL EL COECILLO (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)	Entre que calles (tipo y nombre): BENITO JUAREZ GARCIA Y TENOCHTITLAN
	Calle posterior (tipo y nombre): INDUSTRIA AUTOMOTRIZ

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

## 9. Información para importación, exportación y otras autorizaciones

<input checked="" type="radio"/> Régimen de importación (sólo para importadores)	<input type="radio"/> Temporal	<input type="radio"/> Definitiva	<input type="radio"/> 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	Persona moral
RFC <sup>(a)</sup> :	RFC <sup>(a)</sup> :
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

## Contacto:

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

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

## Domicilio del fabricante

Código postal:

Calle:

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o delegación <sup>(a)</sup>:Estado o Distrito Federal <sup>(a)</sup>:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

## 9.B. Datos del proveedor o distribuidor

## Persona física

RFC <sup>(a)</sup>:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

## Persona moral

RFC <sup>(a)</sup>:

Denominación o razón social:

## Domicilio del proveedor o distribuidor

Código postal:

Calle:

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o delegación <sup>(a)</sup>:Estado o Distrito Federal <sup>(a)</sup>:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

## 9.C. Datos del destinatario (destino final)

## Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

## Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

## Contacto:

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



## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Segundo apellido:

Domicilio del destinatario (destino final)

Código postal:

Calle:

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional

Localidad:

Municipio o delegación <sup>(a)</sup>:

Estado o Distrito Federal <sup>(a)</sup>:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

### 9.D. Datos del facturador

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s) <sup>(b)</sup>:

Primer apellido:

Segundo apellido:

(b) Sólo para insumos para la salud

Persona moral

RFC:

Denominación o Razón social <sup>(b)</sup>:

Domicilio del facturador

Código postal:

Calle:

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional

Localidad:

Municipio o delegación:

Estado o Distrito Federal:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

### 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

#### 10.B. Unidades de verificación

☐ Verificación de establecimientos

☐ Muestreo

☐ Otro

#### Contacto:

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

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Otro

(especifique):

(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

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

#### Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Fax (lada y número):

Correo electrónico:

FOTO

Horario de operaciones (marcar con una X):

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:

Calle:

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

Localidad:

Municipio o delegación:

Estado o Distrito

Federal:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle 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)

#### Contacto:

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



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

☐ Si

☒ No

  
QFB. RODOLFO ALBERTO CALIXTO MARTINEZ

Nombre y firma 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 el D.F. de cualquier parte del país marque sin costo el 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, Distrito Federal,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx