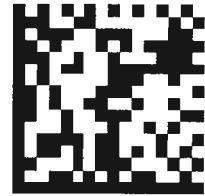


**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS****CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS****Comprobante de Trámite****USO EXCLUSIVO COFEPRIS****153300421D0132****16/12/2015****11:18 hrs.****FORMATO DE COFEPRIS-04**Tipo de Trámite: **021**Homoclave del Trámite: **COFEPRIS-04-021-D**Subtipo: **SOLICITUD 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.:	KME 590502HY7
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	KENDALL DE MEXICO, S.A. DE C.V.
DOMICILIO:	AUTOPISTA MEXICO QUERETARO KM 34.5 NAVE 3 INT. 2
REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO :	LILIANA RIVERA ACEVEDO
NÚMERO DE INGRESO DE REFERENCIA :	
ANEXOS:	OTROS: ANEXA UN BLOQUE DE INFORMACIÓN, UN CD Y PAGO ORIGINAL
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

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-D** Nombre: **SOLICITUD DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.**
Modalidad: **Modalidad D.- REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS OTORGADOS AL AMPARO DEL ACUERDO DE EQUIVALENCIA E.U.A. Y CANADA.**

2. Datos del propietario

Persona física

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

Persona moral

RFC: **KME 590502HY7**
Denominación o razón social:
KENDALL DE MÉXICO, S.A. DE C.V.
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: **RIAL760729IF5**
CURP (opcional):
Nombre(s): **LILIANA**
Primer apellido: **RIVERA**
Segundo apellido: **ACEVEDO**
Teléfono (lada y número): **55 58041624**
Correo electrónico: **liliana.rivera50@medtronic.com**

Domicilio fiscal de la empresa

Código postal: **03810**
Calle: **AV. INSURGENTES SUR**
(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
Número exterior: **863** Número interior: **PISOS 15 Y 16**
Colonia: **NAPOLIS**
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)

Localidad:
Municipio o delegación: **BENITO JUAREZ**
Estado o Distrito Federal: **DISTRITO FEDERAL**
Entre que calles (tipo y nombre): **Calle KANSAS y Calle NUEVA YORK**
Calle posterior (tipo y nombre): **N/A**
Teléfono (lada y número): **55 58041652**

"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: **KME 590502HY7** Denominación o razón social: **KENDALL 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: **SE PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO**

Responsable sanitario	Sólo para el alta de licencia sanitaria
RFC: REME730406376	Horario de operaciones (marcar con una X):
CURP (opcional):	D L M M J V S de HH MM a HH MM
Nombre(s): EURIDICE	D L M M J V S de HH MM a HH MM
Primer apellido: REBOLLO	Fecha de inicio de operaciones: DD / MM / AAAA
Segundo apellido: MORALES	

Domicilio del establecimiento

Código postal: 54740	Localidad:
Calle: AUTOPISTA MEXICO-QUERETARO (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)	Municipio o delegación: CUAUTITLÁN IZCALLI
Número exterior: KM. 34.5 Número interior: NAVE 3 INT. 2	Estado o Distrito Federal: ESTADO DE MÉXICO
Colonia: SAN ISIDRO (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)	Entre que calles (tipo y nombre): AUTOPISTA MÉXICO-QUERÉTARO y Calle PUENTE DE TEPALCAPA
	Calle posterior (tipo y nombre):
	Teléfono (lada y número): 55 58041500 Ext. 1624

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

Representante legal	Persona autorizada
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s): LILIANA	Nombre(s): JUAN JOSE
Primer apellido: RIVERA	Primer apellido: ROSAS
Segundo apellido: ACEVEDO	Segundo apellido: NEYRA
Teléfono (lada y número): 55 58041624	Teléfono (lada y número): 55 11029061
Correo electrónico: liliana.rivera50@medtronic.com	Correo electrónico: juan.j.rosas.neyra@medtronic.com

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): **JOSE DE JESUS**
Primer apellido: **ESPINOSA**
Segundo apellido: **DE LA ROSA**
Teléfono (lada y número): **55 11029039**
Correo electrónico: **jose.espinosa@medtronic.com**

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 QUIRURGICO 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:

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:

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

15) Número de registro sanitario: **1164C2011**

16) Número de acta:

17) Presentación:

18) 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				

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):

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

15) Número de registro sanitario:

16) Número de acta:

17) Presentación:

18) 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				

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):

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,

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

y de servicios de exportación):

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):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Persona moral

RFC ^(a):

Denominación o razón social:

Datos del responsable sanitario

RFC:

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:

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

Domicilio para producto maquilado

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:

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:

Covidien, antes United States Surgical, una división de Tyco Healthcare Group LP.

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

Código postal: **06473**

Calle: **60 Middletown Avenue**

(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: **North Haven**

Municipio o delegación:

Estado o Distrito Federal: **CT**

País: **E.U.A.**

Entre que calles (tipo y nombre):

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:

Persona moral

RFC ^(a):

Denominación o razón social:

Covidien, anteriormente Davis and Geck Caribe Ltd.

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 en el extranjero para productos de importación o nacionales

Código postal:

Calle: **Carretera San Isidro**

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

Número exterior: **Km 17** 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: **Zona Franca de San Isidro**

Municipio o delegación:

Estado o Distrito Federal: **Santo Domingo**

País: **República Dominicana**

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

Persona moral

RFC ^(a):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

RFC ^(a): **KME 590502HY7**

Denominación o razón social:

KENDALL DE MÉXICO, S.A. DE C.V.

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

Código postal ^(a): **54740**

Calle: **AUTOPISTA MÉXICO QUERÉTARO**

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

Número exterior: **Km 34.5** Número interior: **NAVE 3 INT. 2**

Colonia: **SAN ISIDRO**

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

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

Localidad:

Municipio o delegación ^(a): **CUAUTITLÁN IZCALLI**

Estado o Distrito Federal ^(a): **ESTADO DE MÉXICO**

Entre que calles (tipo y nombre): **AUTOPISTA MEXICO QUERÉTARO y Calle PUENTE DE TEPALCAPA**

Calle posterior (tipo y nombre): **N/A**

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

Persona física

Persona moral

RFC ^(a):

CURP (opcional):

RFC ^(a): **KME 590502HY7**

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

Nombre(s):

KENDALL 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: 54740

Calle: AUTOPISTA MÉXICO QUERÉTARO

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

Número exterior: Km 34.5

Número interior:

NAVE 3
INT. 2

Colonia:

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o delegación (a):

CUAUTITLÁN IZCALLI

Estado o Distrito Federal (a):

ESTADO DE MÉXICO

Entre que calles (tipo y nombre):

AUTOPISTA MEXICO QUERÉTARO
y Calle PUENTE DE TEPALCAPA

Calle posterior (tipo y nombre):

N/A

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

Persona moral

RFC (a):

RFC (a):

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:

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

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.

Municipio o delegación ^(a):

Estado o Distrito Federal ^(a):

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

9.B. Datos del proveedor o distribuidor

Persona física

Persona moral

RFC ^(a):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

RFC ^(a):

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 ^(a):

Estado o Distrito Federal ^(a):

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

9.C. Datos del destinatario (destino final)

Persona física

Persona moral

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

RFC:

Denominación o razón social:

Domicilio del destinatario (destino final)

Código postal:

Calle:

Localidad:

Municipio o delegación ^(a):

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 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)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Estado o Distrito Federal ^(a):

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle 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:

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)

(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

Otro

(especifique):

10.C. Pruebas de intercambiabilidad para medicamentos genéricos intercambiables

10.B. Unidades de verificación

Verificación de establecimientos

Muestreo

Otro

(especifique):

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

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):

FOTO

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Fax (lada y número):

Correo electrónico:

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:

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

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

Código postal:

Localidad:

Calle:

Municipio o delegación:

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

Estado o Distrito

Federal:

Número exterior:

Número interior:

País:

Colonia:

Entre que calles (tipo y nombre):

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

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)

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

☐ Si

☒ No

Liliana Rivera A

I.Q. LILIANA RIVERA ACEVEDO

Nombre y firma 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 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**.