


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


USO EXCLUSIVO COFEPRIS 163300421C0720 29/04/2016 11:22 hrs.	FORMATO DE COFEPRIS-04 Tipo de Trámite: 021 Homoclave del Trámite: COFEPRIS-04-021-C Subtipo: SOLICITUD DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS C. PRODUCTOS DE IMPORTACIÓN (FABRICACIÓN EXTRANJERA) (EQUIPOS MÉDICOS, PRÓTESIS, ORTESIS, AYUDAS FUNCIONALES, AGENTES DE DIAGNÓSTICO, INSUMOS DE USO ODONTOLÓGICO, MATERIAL QUIRÚRGICO, DE CURACIÓN, PRODUCTOS HIGIÉNICOS, INSTRUMENTAL Y OTROS DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO) Modalidad:
R.F.C. O C.U.R.P.:	AIM 9307162M9
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	ARROW INTERNACIONAL DE MEXICO S.A. DE C.V.
DOMICILIO:	AV. INDUSTRIA AUTOMOTRIZ 128-C EDIFICIO A-2 (DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE BOMI DE MEXICO)
REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO :	RODOLFO ALBERTO CALIXTO MARTINEZ
NÚMERO DE INGRESO DE REFERENCIA :	
ANEXOS:	OTROS: ANEXA PAGO, UN BLOQUE DE INFORMACIÓN Y COPIA CERTIFICADA DE INSTRUMENTO NOTARIAL.
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.	

Prórroga, 01002E2000 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, terracerían 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, terracerías 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

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: INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

3) Denominación específica del producto:

INSTRUMENTAL MÉDICO QUIRÚRGICO

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:

SISTEMA HEM-O-LOK PARA APLICAR Y RETIRAR CLIPS

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

científico o identificador único de la OCDE:

INSTRUMENTAL MÉDICO QUIRÚRGICO

- 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 alfanumérica:
- 15) Número de registro sanitario: 01002E2000 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: TIJERAS PARA SUTURA
- 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: BOLSA DE POLIPAPEL
- 30) Envase secundario: CAJA DE CARTÓN CORRUGADA
- 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 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):
- 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.

Etapa 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:

TELEFLEX MEDICAL

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

Código postal: 27709

Calle: WECK DRIVE

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

Número exterior: 2917

Número interior:

Colonia:

Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK

Municipio o delegación:

Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA

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.

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, terracerías 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

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): AIM 930716 2M9

Denominación o razón social:

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

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

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, terracerías entre otros.)

Número exterior: 128-C

Número interior: EDIFICIO A-2

Localidad:

Municipio o delegación ^(a): TOLUCA

Estado o Distrito Federal ^(a): ESTADO DE MEXICO

Entre que calles (tipo y nombre): BENITO JUAREZ GARCIA Y TENOCHTITLAN

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

Colonia: PARQUE INDUSTRIAL EL COECILLO

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Calle posterior (tipo y nombre):

INDUSTRIA AUTOMOTRIZ

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:

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.B. Datos del proveedor o distribuidor

Persona física

RFC ^(a):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Persona moral

RFC ^(a):

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:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

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 ^(a):

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:

Persona moral

RFC:

Denominación o Razón social ^(b):

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:

(b) Sólo para insumos para la salud.

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)

Localidad:

Municipio o delegación:

Estado o Distrito Federal:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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

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):

FOTO

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

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:

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, 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:

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)

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

☐ 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, 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.