

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Avisos

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-03
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

213300503X0081

Antes de llenar este formato lee cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.
Llenar con letra de molde legible a 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-05-003	Nombre: Aviso de actualización de datos o baja del establecimiento de insumos para la salud que opera con licencia sanitaria.
Modalidad:	

2. Datos del propietario

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

Persona moral
RFC: QAL 880928 MM7
Denominación o razón social: QUIMICA ALKANO, S.A. DE C.V.
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: SODN630112UM1
CURP (opcional):
Nombre(s): NELSON
Primer apellido: SÖHLE
Segundo apellido: DELGADO
Lada: 55
Teléfono: 53817493
Extensión: N/A
Correo electrónico: nelsonsohle@hotmail.com

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 54055	
Tipo y nombre de vía:	
CALLE JOSE MARIA MORELOS Y PAVON	
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otras)	
Número exterior: 68	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
COLONIA SAN LUCAS TEPETLACALCO	
(Tipo de asentamiento humano, por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	

Localidad:
Municipio o alcaldía: TLALNEPANTLA DE BAZ
Entidad Federativa: ESTADO DE MEXICO
Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE 5 DE MAYO
Y vialidad (tipo y nombre): CALLE 2 DE ABRIL
Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MADIN
Lada: 55
Teléfono: 53617493
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:	QAL880928MM7	Denominación o razón social:	QUIMICA ALKANO, S.A. DE CV.
Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:			
Clave SCIAN	Descripción del SCIAN		
612012	COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS QUIMICOS-FARMACEUTICOS, DE TOCADOR Y PRODUCTOS VETERINARIOS.		
	Solo si venden estupefacientes, psicotropicos, biologicos y hemoderivados		
07	Almacen de deposito y distribucion de materias primas para la elaboracion de medicamentos o productos biologicos para uso humano		
Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:		15 104 07 0001	
Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.			

Responsable sanitario	
RFC:	TEFV511124HC0
CURP (opcional):	
Nombre(s):	VICTOR MANUEL
Primer apellido:	TEJADA
Segundo apellido:	FERNANDEZ

Horario del establecimiento	
Horario de operaciones:	
de	9:00 a 15:00
de	de
Fecha de inicio de operaciones:	
24 / 11 / 2003	

Domicilio del establecimiento	
Código postal:	54055
Tipo y nombre de vialidad:	CALLE MORELOS
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, camellera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior:	No 68
Número interior:	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	COLONIA SAN LUCAS TEPETLALCO
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)	
Localidad:	TLALNEPANTLA DE BAZ
Municipio o alcaldía:	ESTADO DE MEXICO
Entidad Federativa:	CALLE 5 DE MAYO
Entre vialidad (tipo y nombre):	CALLE 2 DE ABRIL
Y vialidad (tipo y nombre):	CALLE MADIN
Vialidad posterior (tipo y nombre):	Lada: 55
Teléfono:	53617493
Extensión:	NO APLICA

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

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

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	NELSON
Primer apellido:	SÖHLE
Segundo apellido:	DELGADO
Lada:	55
Teléfono:	53617493
Extensión:	N/A
Correo electrónico:	nelsonsohle@hotmail.com

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

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

4. Datos del producto

Producto																											
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.																											
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio: MATERIAS PRIMAS ACTIVAS O FARMACOS QUE CONTENGAN ESTUPEFACIENTES O PSICOTROPICOS																											
2) Especificar: GRUPO I, GRUPO II, GRUPO III, GRUPO IV, GRUPO V																											
3) Denominación específica del producto o servicio:																											
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:																											
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:																											
6) Forma farmacéutica o estado físico:																											
7) Cantidad o volumen total:																											
8) Unidad de medida:																											
9) Tipo de producto:																											
10) Uso específico o proceso:	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> </table>	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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13															
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26															
11) Concentración del principio activo y valor total en dólares:																											
12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta: DD / MM / AAAA																											
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:																											
14) Fracción arancelaria:																											
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:																											
16) Cantidad de lotes:																											
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:																											
18) Presentación destinada a: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input type="radio"/> Venta																											
19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):																											
20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:																											
21) Modelo:																											
22) Descripción o denominación del producto:																											

Producto																											
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.																											
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:																											
2) Especificar:																											
3) Denominación específica del producto o servicio:																											
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:																											
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:																											
6) Forma farmacéutica o estado físico:																											
7) Cantidad o volumen total:																											
8) Unidad de medida:																											
9) Tipo de producto:																											
10) Uso específico o proceso:	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> </table>	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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13															
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26															
11) Concentración del principio activo y valor total en dólares:																											
12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta: DD / MM / AAAA																											
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:																											
14) Fracción arancelaria:																											
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:																											
16) Cantidad de lotes:																											
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:																											
18) Presentación destinada a: <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Sector salud <input type="radio"/> G.I. <input type="radio"/> Venta																											
19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):																											
20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:																											
21) Modelo:																											
22) Descripción o denominación del producto:																											

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

5. Modificación o actualización de los datos

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

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal: 54055	Código postal: 54055
	Tipo y nombre de vialidad: CALLE MORELOS <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, tenencia entre otros)</small>	Tipo y nombre de vialidad: CALLE JOSE MARIA MORELOS Y PAVON <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, tenencia entre otros)</small>
	Número exterior: 68 Número interior:	Número exterior: 68 Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA SAN LUCAS TEPETLACALCO <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA SAN LUCAS TEPETLACALCO <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>
	Localidad: N/A	Localidad: N/A
	Municipio o alcaldía: TLALNEPANTLA DE BAZ	Municipio o alcaldía: TLALNEPANTLA DE BAZ
	Entidad Federativa: ESTADO DE MEXICO	Entidad Federativa: ESTADO DE MEXICO
	Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE 5 MAYO	Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE 5 MAYO
	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE 2 DE ABRIL	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE 2 DE ABRIL
	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MADIN	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MADIN
Lada: 55	Lada: 55	
Teléfono: 53617463	Teléfono: 53617493	
Extensión: N/A	Extensión: N/A	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Teléfono del establecimiento	Lada: 55	Lada: 55																																												
	Teléfono: 53617463	Teléfono: 53617493																																												
	Extensión: N/A	Extensión: N/A																																												
<input type="checkbox"/> Horario del establecimiento	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>de</td><td>HH:MM</td><td>a</td><td>HH:MM</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>de</td><td>HH:MM</td><td>a</td><td>HH:MM</td> </tr> </table>	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	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>de</td><td>HH:MM</td><td>a</td><td>HH:MM</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>de</td><td>HH:MM</td><td>a</td><td>HH:MM</td> </tr> </table>	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM																																			
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM																																				
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																																				

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

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

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

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

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

Teléfono:	Teléfono:
Extensión:	Extensión:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

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

<input type="radio"/> Suspensión de actividades De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA	<input type="radio"/> Reinicio de actividades Fecha DD / MM / AAAA	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento
---	---	---

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

6. Datos del responsable sanitario

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

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

Primera columna																							
Alta	Baja																						
<input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar																							
RFC:																							
CURP (opcional):																							
Nombre(s):																							
Primer apellido:																							
Segundo apellido:																							
Lada:																							
Teléfono:																							
Extensión:																							
Correo electrónico:																							
Con título profesional de:																							
Título profesional expedido por:																							
Número de cédula profesional:																							
Con especialidad de:																							
Título de especialidad expedido por:																							
Número de cédula de la especialidad:																							
Horario de operaciones																							
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>de</td><td>HH:MM</td><td>a</td><td>HH:MM</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>de</td><td>HH:MM</td><td>a</td><td>HH:MM</td> </tr> </table>		D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM													
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM													
Firma del responsable sanitario																							

Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja

Segunda columna																						
Ya modificado																						
RFC:																						
CURP (opcional):																						
Nombre(s):																						
Primer apellido:																						
Segundo apellido:																						
Lada:																						
Teléfono:																						
Extensión:																						
Correo electrónico:																						
Con título profesional de:																						
Título profesional expedido por:																						
Número de cédula profesional:																						
Con especialidad de:																						
Título de especialidad expedido por:																						
Número de cédula de la especialidad:																						
Horario de operaciones																						
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>de</td><td>HH:MM</td><td>a</td><td>HH:MM</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>de</td><td>HH:MM</td><td>a</td><td>HH:MM</td> </tr> </table>	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM												
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM												
Firma del responsable sanitario:																						

Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización

7. Datos del maquilador

Persona física
RFC ^(*) :
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Persona moral
RFC ^(*) :

Datos del responsable sanitario
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:

Contacto:

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Denominación o razón social:

Extensión:

Correo electrónico:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Datos de la maquila

Proceso a maquilar:

Motivo de la maquila:

Tiempo de duración de la maquila:

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

Domicilio del maquilador

Código postal:

Tipo y nombre de vialidad:

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

Número exterior:

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

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

Localidad:

Municipio o alcaldía:

Entidad Federativa:

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada:

Teléfono:

Extensión:

8. Datos con quien se efectúa la operación de importación o exportación

País de origen:

País de procedencia:

País de destino:

Aduana de entrada o salida:
(Especifique sólo una)

8.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

Denominación o razón social:

Domicilio del fabricante

Código postal:

Tipo y nombre de vialidad:

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

Número exterior:

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o alcaldía^(a):

Entidad Federativa^(a):

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

8.B. Datos del proveedor

Persona física

Persona moral

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

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

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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

8.C. Datos del facturador o consignatario

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

(b) Los datos del consignatario aplica únicamente en el trámite de exportación de productos químicos esenciales.

Persona moral	
RFC ^(a) :	
Denominación o Razón social ^(a) :	

Domicilio del facturador o consignatario

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

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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

9. Informe anual de la actividad regulada

Datos del establecimiento	
Persona física	
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	

Datos del establecimiento	
Persona física	
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	

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

Correo electrónico:	Persona moral
RFC:	
Denominación o razón social:	Domicilio establecimiento
Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)	
Localidad:	
Entidad Federativa:	
Nombre de la actividad regulada:	
Fecha en la que se realizó la actividad:	DD / MM / AAAA
Sustancia:	
Cantidad o volumen:	
Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:	

Correo electrónico:	Personal moral
RFC:	
Denominación o razón social:	Domicilio establecimiento
Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros)	
Localidad:	
Entidad Federativa:	
Nombre de la actividad regulada:	
Fecha en la que se realizó la actividad:	DD / MM / AAAA
Sustancia:	
Cantidad o volumen:	
Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento:	

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

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

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos? ☐ SI ☒ No

ING. NELSON SÖHLE DELGADO
Nombre completo y firma autógrafa del propietario
o representante legal o responsable sanitario

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