

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja

Homoclave del formato

FF-COFEPRIS-02

Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

223300507B0411

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.

Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.

El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: **COFEPRIS-05-007-B** Nombre: Aviso de modificación o baja al aviso de funcionamiento y/o responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud.

Modalidad: B.- Almacén de Depósito y/o Distribución de Dispositivos Médicos, o Remedios Herbolarios o Medicamentos No Controlados o Materia Prima para Medicamentos No Controlados

2. Datos del propietario

Persona física

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

Persona moral

RFC: **EMV640304779**
Denominación o razón social: **Equipos Médicos Vizcarra S.A.**
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: **CAVAT604216N5**
CURP (opcional): **CAVAT60421HDFHZL04**
Nombre(s): **Alfredo**
Primer apellido: **Chalita**
Segundo apellido: **Vizcarra**
Lada: **777**
Teléfono: **101 20 60**
Extensión: **102**
Correo electrónico: **avizcarra@vizcarra.com**

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: **62765**

Localidad:

Tipo y nombre de vialidad:

Emiliano Zapata**Círculo Industrial**Entidad Federativa: **Morelos**

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

Entre vialidad (tipo y nombre): **Carretera Temixco – Emiliano zapata**Número exterior: **6** Número interior:Y vialidad (tipo y nombre): **Carretera Emiliano Zapata – Cuernavaca**

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

Vialidad posterior (tipo y nombre): **Avenida Universidad Tecnologica**

Colonia Desarrollo Industrial Emiliano Zapata

Lada: **777**

"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

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

Teléfono: 101 20 60

Extensión:

3. Datos del establecimiento

RFC: EMV640304779	Denominación o razón social: Equipos Médicos Vizcarra S.A.
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
435313	Comercio al por mayor de mobiliario, equipo e instrumental médico y de laboratorio (Excepto muebles)

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

Horario de operaciones									
D	L	M	M	J	V	S	de	07 :00	a 19 :00
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a HH : MM
Fecha de inicio de operaciones:					26	11	2021	18 MAR 2023	



Código postal: 62765	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad: Círculo Industrial	Municipio o alcaldía: Emiliano Zapata
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa: Morelos
Número exterior: 6	Entre vialidad (tipo y nombre): Carretera Temixco – Emiliano zapata
Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre): Carretera Emiliano Zapata – Cuernavaca
Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida Universidad Tecnologica	
Lada: 777	
Teléfono: 101 20 60	
Extensión:	

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)	
Representante legal	Persona autorizada
CURP (opcional): CAVA760421HDFHDL04	CURP (opcional):
Nombre(s): Alfredo	Nombre(s): Anigel
Primer apellido: Chalita	Primer apellido: Guevara
Segundo apellido: Vizcarra	Segundo apellido: Alcaraz
Lada: 777	Lada: 777
Teléfono: 101 20 60	Teléfono: 101 20 60

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Extensión: 102
Correo electrónico: avizcarra@vizcarra.com

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

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

Extensión: 178
Correo electrónico: aguevara@vizcarra.com

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s): Sandra Elizabeth	
Primer apellido: Hernandez	
Segundo apellido: Ortiz	
Lada: 777	
Teléfono: 101 20 60	
Extensión: 142	
Correo electrónico: shernandez@vizcarra.com	

Representante legal	
CURP (opcional):	18 MAR 2012
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s): Juan Patricio	
Primer apellido: Róbles	
Segundo apellido: Sánchez	
Lada: 777	
Teléfono: 101 20 60	
Extensión:	
Correo electrónico: probles@vizcarra.com	

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

Persona autorizada	
CURP (opcional):	
Nombre(s): Diana Gabriela	
Primer apellido: Muñoz	
Segundo apellido: Dávila	
Lada: 777	
Teléfono: 101 20 60	
Extensión: 124	
Correo electrónico: asuntosregulatorios@vizcarra.com	

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

4. Datos de la ambulancia

Seleccione el tipo de unidad móvil.

En caso de alta o baja de la ambulancia utilice la primera tabla.

En caso de modificar los datos de la ambulancia utilice la primera tabla para anotar los datos actuales y la segunda tabla para los datos ya modificados.

Primera tabla			
<input type="radio"/> Aérea	<input type="radio"/> Marítima	<input type="radio"/> Terrestre	
<input type="radio"/> Alta	<input type="radio"/> Baja	<input type="radio"/> A modificar	
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea	<input type="radio"/> Marítima	<input type="radio"/> Terrestre	
<input type="radio"/> Ya modificado			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

5. Datos del responsable sanitario (excepto para productos y servicios)

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 anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna		
<input type="radio"/> Alta	<input type="radio"/> Baja	<input checked="" type="radio"/> A modificar
RFC:	OOGJ600515FK3	
CURP (opcional):	OOGJ600515HMSCRV08	
Nombre(s):	José Javier	
Primer apellido:	Ochoa	
Segundo apellido:	Garduño	
Lada:	777	
Teléfono:	101 20 60	
Extensión:	178	
Correo electrónico:	Jochoa@vizcarra.com	
Con título profesional de:	Químico Farmaceútico Biólogo	
Titulo profesional expedido por:	Universidad Nacional Autónoma de México	
Número de cédula profesional:	1241897	
Con especialidad de:		

Segunda columna	
<input checked="" type="radio"/> Ya modificado	
RFC:	GUAA740510993
CURP (opcional):	GUAA740510MDFVLN00
Nombre(s):	Anigel
Primer apellido:	Guevara
Segundo apellido:	Alcaraz
Lada:	777
Teléfono:	101 20 60
Extensión:	178
Correo electrónico:	aguevara@vizcarra.com
Con título profesional de:	Químico Farmacobiólogo
Título profesional expedido por:	Benemérita Universidad Autónoma de puebla.
Número de cédula profesional:	3655095
Con especialidad de:	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Título de especialidad expedido por:										
Número de cédula de la especialidad:										
Horario de operaciones										
D	L	M	M	J	V	S	de	09 : 00	a	18: 00
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										

Título de especialidad expedido por:										
Número de cédula de la especialidad:										
Horario de operaciones										
D	L	M	M	J	V	S	de	09:00	a	18:00
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
Firma del responsable sanitario:										
<i>[Signature]</i> 18 MAR 2022										
Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización										

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna). En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.		
Producto o Servicio	Producto o Servicio	
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja	1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja	
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría: Insumos para la salud	2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría:	
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:	3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:	
4) Marca comercial del producto:	4) Marca comercial del producto:	
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física RFC: CURP (opcional): Nombre(s):	5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física RFC: CURP (opcional): Nombre(s):	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Primer apellido:							
Segundo apellido:							
Lada:							
Teléfono:							
Extensión:							
Correo electrónico:							
<input type="radio"/> Persona moral							
RFC:							
Denominación o razón social:							
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:							
<input type="radio"/> Persona física							
RFC:							
CURP (opcional):							
Nombre(s):							
Primer apellido:							
Segundo apellido:							
Lada:							
Teléfono:							
Extensión:							
Correo electrónico:							
<input type="radio"/> Persona moral							
RFC:							
Denominación o razón social:							
7) Indique si el producto es nacional o importado:							
<input type="radio"/> Nacional							
<input type="radio"/> Importado							
8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")							
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Primer apellido:							
Segundo apellido:							
Lada:							
Teléfono:							
Extensión:							
Correo electrónico:							
<input type="radio"/> Persona moral							
RFC:							
Denominación o razón social:							
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:							
<input type="radio"/> Persona física							
RFC:							
CURP (opcional):							
Nombre(s):							
Primer apellido:							
Segundo apellido:							
Lada:							
Teléfono:							
Extensión:							
Correo electrónico:							
<input type="radio"/> Persona moral							
RFC:							
Denominación o razón social:							
7) Indique si el producto es nacional o importado:							
<input type="radio"/> Nacional							
<input type="radio"/> Importado							
8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")							
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

7. Modificación o actualización de datos para establecimientos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que deseé 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
	Persona física		Persona física
<input type="checkbox"/> Datos del Propietario	RFC:		RFC:
	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:
	Persona moral		Persona moral
RFC:		RFC:	
Denominación o razón social:		Denominación o razón social:	

Tipo de modificación	Dice		Debe decir
	Código postal:		Código postal:
<input type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>		Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
	Número exterior:	Número interior:	Número exterior: Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:		
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:		

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
Localidad:	Localidad:
Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:
Extensión:	Extensión:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Denominación o razón social (de ser el caso):	Denominación o razón social (de ser el caso):
<input type="checkbox"/> Datos del establecimiento	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir	
	Código postal:		Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:		Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)		(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
<input type="checkbox"/> Domicilio del establecimiento	Número exterior:	Número interior:	Número exterior: Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:		Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)		(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
<input type="checkbox"/> Horario del establecimiento	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
<input type="checkbox"/> Clave SCIAN y su descripción		

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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
■ Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): José Javier	Nombre(s): Anigel
	Primer apellido: Ochoa	Primer apellido: Guevara
	Segundo apellido: Garduño	Segundo apellido: Alcaraz
	Lada: 777	Lada: 777
	Teléfono: 101 20 60	Teléfono: 101 20 60
	Extensión: 178	Extensión: 178
	Correo electrónico: jochoa@vizcarra.com	Correo electrónico: aguevara@vizcarra.com

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
■ Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): María Antonieta	Nombre(s):
	Primer apellido: Rodriguez Vizcarra	Primer apellido:
	Segundo apellido: Velazquez	Segundo apellido:
	Lada: 777	Lada:
	Teléfono: 101 20 60	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico: mavizcarra@vizcarra.com	Correo electrónico:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
■ Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): Rocio	Nombre(s):
	Primer apellido: Guadarrama	Primer apellido:
	Segundo apellido: Velazco	Segundo apellido:
	Lada: 777	Lada:
	Teléfono: 101 20 60	Teléfono:
	Extensión: 110	Extensión:
	Correo electrónico: rguadarrama@vizcarra.com	Correo electrónico:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
■ Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): Magnolia	Nombre(s): Sandra Elizabeth
	Primer apellido: Garcia	Primer apellido: Hernandez
	Segundo apellido: Flores	Segundo apellido: Ortiz
	Lada: 777	Lada: 777
	Teléfono: 101 20 60	Teléfono: 101 20 60
	Extensión: 156	Extensión: 142
	Correo electrónico: magnolia@vizcarra.com	Correo electrónico: shernandez@vizcarra.com

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

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	Nombre(s): Diana Gabriela	Nombre(s): Diana Gabriela
	Primer apellido: Muñoz	Primer apellido: Muñoz
	Segundo apellido: Dávila	Segundo apellido: Dávila
	Lada: 777	Lada: 777
	Teléfono: 101 20 60	Teléfono: 101 20 60
	Extensión: 124	Extensión: 124
	Correo electrónico: asuntos.regulatorios@vizcarra.com	Correo electrónico: asuntos.regulatorios@vizcarra.com

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	Nombre(s): Juan Patricio	Nombre(s): Juan Patricio
	Primer apellido: Robles	Primer apellido: Robles
	Segundo apellido: Sanchez	Segundo apellido: Sanchez
	Lada: 777	Lada: 777
	Teléfono: 101 20 60	Teléfono: 101 20 60
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico: probles@vizcarra.com	Correo electrónico: probles@vizcarra.com

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

<input type="radio"/> Suspensión de actividades	<input type="radio"/> Reinicio de actividades	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento												
De <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>DD</td><td>/</td><td>/</td><td>AAAA</td></tr></table> A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>DD</td><td>/</td><td>/</td><td>AAAA</td></tr></table>	DD	/	/	AAAA	DD	/	/	AAAA	Fecha <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>DD</td><td>/</td><td>/</td><td>AAAA</td></tr></table>	DD	/	/	AAAA	
DD	/	/	AAAA											
DD	/	/	AAAA											
DD	/	/	AAAA											

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumple 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.

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

Sí No



18 MAR 2022

Alfredo Chalita Vizcarra
Nombre completo y firma autógrafa del propietario
o representante legal

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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" Categoría del producto

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a temperatura ambiente Transporte a temperatura de refrigeración Distribución Expendio o suministro al público Almacenamiento a temperatura ambiente Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación	Alimentos	Carne y sus productos Leche, sus productos y derivados Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Los de la pesca y sus derivados (frescos y congelados) Alimentos congelados Cereales, leguminosas, sus productos y botanas Azúcar y productos de confitería Cacao, café, té y sus derivados Condimentos y aderezos Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y sus productos Frutas, hortalizas y sus derivados Aceites y grasas comestibles Alimentos industrializados Alimentos biotecnológicos Alimentos deshidratados
			Póvo para preparar bebidas
			Cápsulas
			Agua envasada (mineral, mineralizada y/o purificada)
			Jugos y néctares
			Bebidas adicionadas con cafeína
			Bebidas saborizadas
			Póvo o jarabe para preparar bebidas
			Bebidas para deportistas
			Hielo potable
		Bebidas no alcohólicas	Nieve
			Bebidas congeladas
			Fermentadas
			Destiladas
			Preparadas
		Productos cosméticos	Productos para el cabello
			Productos de uso facial y/o corporal
			Productos para los ojos y cejas
			Productos para manos y uñas
			Productos para los labios
		Productos de aseo y limpieza	Productos de aromacología y aromalogía (Perfumes y fragancias)
			Productos especiales para textiles
			Productos para desobstruir conductos sanitarios
			Productos para el ambiente
			Productos para la higiene
		Materia prima	Productos para la limpieza
			Productos para protección o acabado lustroso
			Lácteos y cárnicos
			Aceites y grasas
			Féculas, harinas y derivados
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores industriales
			Bares, cantinas, discotecas, etc.
			Restaurantes, taquerías, etc.
			Cafeterías
			Servicios de banquetes
		Aditivos	Gelificantes o espesantes
			Sabonizantes
			Edulcorantes
			Antioxidantes
			Colorantes
		Tatuajes	Conservadores
			Tatuajes
			Perforaciones
			Micropigmentaciones
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones		

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos ú obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general	
		Consultorio de atención médica especializada	Nombre de la especialidad
		Consultorio de estomatología	
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	Especificar
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa
		Gabinetes de diagnóstico	Ultrasonografía
		Planificación familiar	
		Salud mental	
	Servicios de asistencia social	Rehabilitación	
		Atención médica paliativa	
		Asistencia social	Especificar
Insumos para la salud	Expendio o suministro al público	Comercio al por menor de lentes	
	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Remedios herbolarios	
		Dispositivos médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico
		Medicamentos	Representante legal en México de una empresa en el extranjero
		Materias primas para medicamentos	Nombre químico de la sustancia
	Distribución Almacenamiento Expendio o suministro al público	Medicamentos	Medicamentos alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público)
		Farmacia alopática	Medicamentos homeopáticos
		Farmacia homeopática	Medicamentos herbolarios
		Botica	Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos
		Plaguicidas	Químicos Bioquímicos Microbianos
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Sustancias tóxicas	Botánicos Misceláneos
		Precursor químico y/o producto químico esencial	Nombre químico de la sustancia tóxica
		Nutrientes vegetales	Nombre del precursor y/o producto químico esencial
		Productos con límite de metales pesados	Fertilizante Mejorador de suelo Humectante de suelo
	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares	Inoculante Regulador de crecimiento

