|  |
| --- |
| **Autorizaciones, Certificados y Visitas** |
| Homoclave del formato |  |  |
| FF-COFEPRIS-01 |  | Uso exclusivo de la COFEPRIS |
| Número de RUPA |  | 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: |  | Nombre: |  |
| Modalidad: |  |

|  |
| --- |
| 1. Datos del propietario
 |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  | Representante legal o apoderado que solicita el trámite |
| Segundo apellido: |  |  | RFC: |  |
| Teléfono (lada y número): |  |  | CURP (opcional): |  |
| Correo electrónico: |  |  | Nombre(s): |  |
|  |  |  | Primer apellido: |  |
|  |  |  | Segundo apellido: |  |
|  |  |  | Teléfono (lada y número): |  |
|  |  |  | Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
| Domicilio fiscal de la empresa |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.) |  | Estado o Distrito Federal: |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Entre que calles (tipo y nombre): |  |
| Colonia: |  |  | Calle posterior (tipo y nombre): |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros) |  | Teléfono (lada y número): |  |

|  |
| --- |
| 1. Datos del establecimiento
 |
|  |
| RFC: |  | Denominación o razón social: |  |
| 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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: |  |

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

|  |
| --- |
| Domicilio del establecimiento |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.) |  | Estado o Distrito Federal: |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Entre que calles (tipo y nombre): |  |
| Colonia: |  |  | Calle posterior (tipo y nombre): |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros) |  | Teléfono (lada y número): |  |

|  |
| --- |
| 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: |  |
| Teléfono (lada y número): |  |  | Teléfono (lada y número): |  |
| Correo electrónico: |  |  | Correo electrónico: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Representante legal |  | Persona autorizada |
| CURP (opcional): |  |  | CURP (opcional): |  |
| Nombre(s): |  |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Segundo apellido: |  |
| Teléfono (lada y número): |  |  | Teléfono (lada y número): |  |
| Correo electrónico: |  |  | Correo electrónico: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Representante legal |  | Persona autorizada |
| CURP (opcional): |  |  | CURP (opcional): |  |
| Nombre(s): |  |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Segundo apellido: |  |
| Teléfono (lada y número): |  |  | Teléfono (lada y número): |  |
| Correo electrónico: |  |  | Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
| 1. Modificación y/o prórroga
 |
|  |
| Seleccione una opción: |  | Modificación |  | Prórroga |  | Número de documento: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dice / condición autorizada |  | Debe decir / condición solicitada |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. Datos del producto
 |
|  |
| Producto |  | Producto |
| 1. Nombre de la clasificación del producto o servicio:
 |  | 1. Nombre de la clasificación del producto o servicio:
 |
|  |  |  |
| 1. Especificar:
 |  |  | 1. Especificar:
 |  |
| 1. Denominación específica del producto:
 |  | 1. Denominación específica del producto:
 |
|  |  |  |
| 1. Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
 |  | 1. Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:
 |
|  |  |  |
| 1. Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE:
 |  | 1. Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE:
 |
|  |  |  |
| 1. Forma farmacéutica o forma física:
 |  |  | 1. Forma farmacéutica o forma física:
 |  |
| 1. Tipo de producto:
 |  |  | 1. Tipo de producto:
 |  |
| 1. Fracción arancelaria:
 |  |  | 1. Fracción arancelaria:
 |  |
| 1. Cantidad de lotes:
 |  |  | 1. Cantidad de lotes:
 |  |
| 1. Unidad de medida:
 |  |  | 1. Unidad de medida:
 |  |
| 1. Cantidad o volumen total:
 |  |  | 1. Cantidad o volumen total:
 |  |
| 1. Número de piezas a fabricar:
 |  |  | 1. Número de piezas a fabricar:
 |  |
| 1. Kilogramos o gramos por lote:
 |  |  | 1. Kilogramos o gramos por lote:
 |  |
| 1. Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanúmerica:
 |  | 1. Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanúmerica:
 |
|  |  |  |
| 1. Número de registro sanitario:
 |  |  | 1. Número de registro sanitario:
 |  |
| 1. Número de acta:
 |  |  | 1. Número de acta:
 |  |
| 1. Presentación:
 |  |  | 1. Presentación:
 |  |
| 1. Uso específico o proceso:
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  | 1. Uso específico o proceso:
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |  | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |  |  |  |  |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |  |  |  |  |
| 1. Clave del(de los) lote(s):
 |  |  | 1. Clave del(de los) lote(s):
 |  |
| 1. Indicaciones de uso:
 |  |  | 1. Indicaciones de uso:
 |  |
| 1. Concentración:
 |  |  | 1. Concentración:
 |  |
| 1. Indicaciones terapéuticas:
 |  |  | 1. Indicaciones terapéuticas:
 |  |
| 1. Fecha de fabricación:
 |  |  |  |  | 1. Fecha de fabricación:
 |  |  |  |
| DD | MM | AAAA |  | DD | MM | AAAA |
| 1. Fecha de caducidad:
 |  |  |  |  | 1. Fecha de caducidad:
 |  |  |  |
| DD | MM | AAAA |  | DD | MM | AAAA |
| 1. Temperatura de almacenamiento:
 |  |  | 1. Temperatura de almacenamiento:
 |  |
| 1. Temperatura de transporte:
 |  |  | 1. Temperatura de transporte:
 |  |
| 1. Medio de transporte o aduana de entrada:
 |  | 1. Medio de transporte o aduana de entrada:
 |
|  |  |  |
| 1. Identificación de contenedores:
 |  |  | 1. Identificación de contenedores:
 |  |
| 1. Envase primario:
 |  |  | 1. Envase primario:
 |  |
| 1. Envase secundario:
 |  |  | 1. Envase secundario:
 |  |
| 1. Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:
 |  | 1. Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:
 |
|  |  |  |
| 1. Número de partida:
 |  |  | 1. Número de partida:
 |  |
| 1. Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):
 |  | 1. Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):
 |
|  |  |  |
| 1. Presentación destinada a:
 |  | 1. Presentación destinada a:
 |
|  |  Exportación |  |  Genérico |  |  Sector Salud |  |  Venta |  |  |  Exportación |  |  Genérico |  |  Sector Salud |  |  Venta |
| 1. Fabricación del producto:
 |  | 1. Fabricación del producto:
 |
|  |  Nacional |  |  Extranjero |  |  |  |  |  |  |  Nacional |  |  Extranjero |  |  |  |  |
| 1. Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):
 |  | 1. Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):
 |
|  |  |  |
| 1. Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
 |  | 1. Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
 |
|  |  |  |
| 1. Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:
 |  | 1. Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:
 |
|  |  |  |
| 1. Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):
 |  | 1. 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.

|  |
| --- |
| 1. Información para certificados
 |
|  |
| Uso del certificado (para exportación, registro, prórroga y otros): | País destino: |
|  |  |
| Especificar características: |  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. 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: |  |

|  |
| --- |
| 1. Información para registro sanitario de insumos para la salud
 |
|  |
| * 1. Para producto maquilado
 |
|  |
| Persona física |  | Datos del responsable sanitario |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | CURP (opcional): |  |
| Nombre(s): |  |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Segundo apellido: |  |
| Persona moral |  | Teléfono (lada y número): |  |
| RFC$ :^{(a)}$: |  |  | Fax (lada y número): |  |
| Denominación o razón social: |  |  | 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: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.) |  | Estado o Distrito Federal: |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Entre que calles (tipo y nombre): |  |
| Colonia: |  |  | Calle posterior (tipo y nombre): |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros) |  | Teléfono (lada y número): |  |

|  |
| --- |
| * 1. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales
 |
|  |
| 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 en el extranjero para productos de importación o nacionales |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían 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): |  |

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

|  |
| --- |
| * 1. Datos del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud)
 |
|  |
| 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 proveedor o distribuidor (para insumos para la salud) |
|  |
| Código postal$:^{(a)}$: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación$:^{(a)}$: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.) |  | Estado o Distrito Federal$:^{(a)}$: |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Entre que calles (tipo y nombre): |  |
| Colonia: |  |  | Calle posterior (tipo y nombre): |  |
| (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.

|  |
| --- |
| * 1. Datos del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud
 |
|  |
| 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 establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación$:^{(a)}$: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.) |  | Estado o Distrito Federal$:^{(a)}$: |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Entre que calles (tipo y nombre): |  |
| Colonia: |  |  | Calle posterior (tipo y nombre): |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros) |  |  |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. 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) |  |

|  |
| --- |
| * 1. 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: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación$:^{(a)}$: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.) |  | Estado o Distrito Federal$:^{(a)}$: |  |
| 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): |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. Datos del proveedor o distribuidor
 |
|  |
| 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 proveedor o distribuidor |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación$:^{(a)}$: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.) |  | Estado o Distrito Federal$:^{(a)}$: |  |
| 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): |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. Datos del destinatario (destino final)
 |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del destinatario (destino final) |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación$:^{(a)}$: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.) |  | Estado o Distrito Federal$:^{(a)}$: |  |
| 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): |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. Datos del facturador
 |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o Razón social$:^{(b)}$: |  |
| Nombre(s)$:^{(b)}$: |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |
| (b) Sólo para insumos para la salud. |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del facturador |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían 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): |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. Información para la autorización de terceros
 |
|  |
| * 1. Laboratorio de pruebas
 |  | * 1. Unidades de verificación
 |
|  | Análisis de alimentos, bebidas y suplementos alimenticios y productos de perfumeria y belleza. |  |  | Verificación de establecimientos |
|  | Análisis de medicamentos y dispositivos médicos |  |  | Muestreo |
|  | Análisis de plaguicidas, fertilizantes y nutrientes vegetales |  |  | Otro  |
|  | Otro  |  |  | (especifique): |  |
|  | (especifique): |  |  |  |  |
| * 1. 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 |  |  |

|  |
| --- |
| 1. Datos de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones
 |
|  |
| Persona física |  | FOTO |
| RFC: |  |  |  |
| CURP (opcional): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 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 |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | 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: |  |  | Localidad: |  |
| Calle: |  |  | Municipio o delegación: |  |
| (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían 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 publicos?** |  | **Si** |  | **No** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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**.