|  |
| --- |
| **Avisos** |
| Homoclave del formato |  |  |
| FF-COFEPRIS-03 |  | 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.

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

|  |
| --- |
| 1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite |
|  |
| Homoclave: |  | Nombre: |  |
| Modalidad: |  |
|  |
| 2. 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: |  |
| Lada: |  |  | CURP (opcional): |  |
| Teléfono: |  |  | Nombre(s): |  |
| Extensión: |  |  | Primer apellido: |  |
| Correo electrónico: |  |  | Segundo apellido: |  |
|  |  | Lada: |  |
|  | Teléfono: |  |
|  | Extensión: |  |
|  | Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
| Domicilio fiscal del propietario |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |   |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  | Lada: |  |
|  | Teléfono: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | Extensión: |  |

|  |
| --- |
| 3. Datos del establecimiento |
|  |
| RFC: |  | Denominación o razón social: |  |
| 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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsable sanitario |  | Horario del establecimiento |
| RFC: |  |  | Horario de operaciones: |
| 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: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  |  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) |  | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  | Lada: |  |
|  |  | Teléfono: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |  | Extensión: |  |

|  |
| --- |
| 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.

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

|  |
| --- |
| 5. Modificación o actualización de los datos |
| Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee 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 |
|  | Domicilio del propietario (domicilio fiscal) | 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) |
| 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.) |
| 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 |
|  | Teléfono del establecimiento | Lada: |  | Lada: |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Extensión: |  | Extensión: |  |
|  | Horario del establecimiento | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM | HH : MM | HH : MM |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM | HH : MM | HH : MM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de modificación | Dice | Debe decir |
|  | 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 |
|   | 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 el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Suspensión de actividades |  | Reinicio de actividades |  |  | Baja definitiva del establecimiento |
| De |  |  |  | A |  |  |  |  | Fecha  |  |  |  |  |  |
| DD | MM | AAAA | DD | MM | AAAA | DD | MM | AAAA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados. |
| Primera columna |  | Segunda columna |
|  | Alta  |  | Baja |  | A modificar |  |  | Ya modificado |  |
| 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: |  |
| Con título profesional de: |  |  | Con título profesional de: |  |
| Título profesional expedido por: |  |  | Título profesional expedido por: |  |
| Número de cédula profesional: |  |  | Número de cédula profesional: |  |
| Con especialidad de: |  |  | Con especialidad de: |  |
| Título de especialidad expedido por: |  |  | Título de especialidad expedido por: |  |
| Número de cédula de la especialidad: |  |  | Número de cédula de la especialidad: |  |
| Horario de operaciones  |  | Horario de operaciones  |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM | HH : MM | HH : MM |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM | HH : MM | HH : MM |
| Firma del responsable sanitario |  | Firma del responsable sanitario: |
|  |  |  |
|  |
|  |
| Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja |  | Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización |

|  |
| --- |
| 7. Datos del maquilador |
|  |
| 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 |  | Lada: |  |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | Teléfono: |  |
| 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: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |   |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  | Entidad Federativa: |  |
|  (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  | Lada: |  |
|  | Teléfono: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | 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 |  | Persona moral |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC |  |
| 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: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |   |  | Municipio o alcaldía$:^{(a)}$: |  |
|  | Entidad Federativa$:^{(a)}$: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |  |

1. Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

|  |
| --- |
| 8.B. Datos del proveedor  |
|  |
| 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 |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |   |  | Municipio o alcaldía$:^{(a)}$: |  |
|  | Entidad Federativa$:^{(a)}$: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |  |

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

|  |
| --- |
| 8.C. Datos del facturador o consignatario |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC$:^{(a)}$: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o Razón social$:^{(b)}$: |  |
| 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.

|  |
| --- |
| Domicilio del facturador o consignatario |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |   |  | Municipio o alcaldía$:^{(a)}$: |  |
|  | Entidad Federativa$:^{(a)}$: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros) |

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

|  |
| --- |
| 9. Informe anual de la actividad regulada |
|  |
| Datos del establecimiento |  | Datos del establecimiento |
| Persona física |  | Persona física |
| 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 |  | Personal moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| Denominación o razón social:  |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Domicilio establecimiento |  | Domicilio establecimiento |
| Codigo postal: |  |  | Codigo 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) |
| 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.) |
| Localidad:  |  |  | Localidad: |  |
| Entidad Federativa:  |  |  | Entidad Federativa: |  |
| Nombre de la actividad regulada: |  |  | Nombre de la actividad regulada: |  |
| Fecha en la que se realizó la actividad: |  |  |  |  | Fecha en la que se realizó la actividad: |  |  |  |
| DD | MM | AAAA | DD | MM | AAAA |
| Sustancia:  |  |  | Sustancia:  |  |
| Cantidad o volumen:  |  |  | Cantidad o volumen: |  |
| Número de licencia o indique si presento aviso de funcionamiento: |  | 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 publicos?** |  | **Si** |  | **No** |

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

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**.