|  |
| --- |
| **Otros Trámites** |
| Homoclave del formato |  |
| FF-COFEPRIS-05 |  | 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 válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

|  |
| --- |
| 1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite |
|  |
| Homoclave: |  | Nombre: |  |
| Modalidad: |  |

|  |
| --- |
| 2. Datos del establecimiento |
|  |
| 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: |  |

|  |
| --- |
| Llenar solo en caso de establecimientos con manejo de psicotrópicos o estupefacientes  |
| Responsable sanitario  |  | Número de Licencia Sanitaria |
| RFC: |  |  |  |

|  |
| --- |
| 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: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) |  | Teléfono: |  |
|  |  | Extensión: |  |

|  |
| --- |
| 3. Aviso de perdida o desvio de: |
|  |
|  |  | Psicotrópicos |  | Estupefacientes |  | Químicos esenciales |  | Precursores químicos |
| Especificar el tipo de perdida o la actividad irregular:  |
|  |  | Volumen extraordinario |  | Desaparición  |  | Robo  |  | Merma inusual |

|  |
| --- |
| 3.A. Datos del producto |
|  |
| Denominación Común Internacional (DCI) o denominación genérica o nombre científico: | Denominación distintiva:(Sólo para medicamentos) | Forma famacéutica y presentación:(Sólo para medicamentos) |
|  |   |  |
| Número de registro sanitario: | Cantidad o volumen extraordinario, desaparecido, robo o merma inusual: | Unidad de medida (kg/L): |
|  |  |  |
| Señale la actividad en la que se presentó el volumen extraordinario, la desaparición, robo o merma inusual: (Sólo precursores químicos y químicos esenciales) | Lugar: |  |
|  | Hora: |  |
| HH : MM |
| Fecha: |  |
| DD | MM | AAAA |

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?** |  | **Sí** |  | **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**.

|  |
| --- |
| 4. Certificados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento |
|  |
|  |  | Nuevo |  | Baja |
|  |  | Privado |  | Condición sanitaria del pozo | Especifique su uso:  |  | Industrial |  | Humano |
|  |  | Calidad sanitaria del agua para uso y consumo humano | Especifique su uso: |  | Industrial |  | Humano |
|  |  | Público |  | Condición sanitaria del sistema de abastecimiento y calidad sanitaria del agua para el uso humano |

|  |
| --- |
| 4.A. Abastecimieto privado |
|  |
| 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: |  |
| Número de la licencia sanitaria: |  |  | Teléfono: |  |
| Número o clave del pozo: |  |  | Extensión: |  |
|  |  | Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
| 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: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) |  | Teléfono: |  |
|  |  | Extensión: |  |

|  |
| --- |
| 4.B. Abastecimiento público |
|  |
| Entidad Federativa: | Municipio o alcaldía: | Localidad: | Número de habitantes: |
|  |  |  |  |
| Nombre del sistema: | Nombre del organismo operador: | Fecha de inicio de operaciones: |
|  |  |  |
| DD | MM | AAAA |
| Horas de servicio: | Población servida: | Hidratantes: |
| de |  | a |  |  |  |
| HH : MM | HH : MM |
| de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM |
| Dotación: | Fuentes de abastecimiento: | Tipo de mantenimiento: |
|  |  |  |  |  | Superficial |  | L/s |  |  |
| (L/ habitante /día) |  |  | Subterránea |  | L/s |  |

|  |
| --- |
| 4.B.1. Obras de captación |
|  |
| Denominación de la empresa: | Número de obra o caja de captación: | Denominación o número de pozo: |
|  |  |  |
| Denominación o número de galeria filtrante: | Denominación o número de manantial: |
|  |  |
| Conducción: | Procesos de tratamiento: | Tanques (cantidad, capacidad y función): |
|  | Bombeo |  | Gravedad |  | Mixto |  |  |
| Caracteristicas de la red: | Material: | Presión máxima: | Presión mínima: | Longitud: |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 4.B.2. Contaminación |
|  |
| Lugar de contaminación: | Origen de la contaminación: | Tipo de contaminantes: |
|  |  |  |
| Número de análisis fisicoquímicos y microbiológicos realizados en el sistema: | Procedencia análisis fisicoquímicos y bacteriológicos: |
|  |  |
| Observaciones: |
|  |

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?** |  | **Sí** |  | **No** |

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

Nombre completo y firma autógrafa

del responsable del sistema

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**.

|  |
| --- |
| 5. Permiso de recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes |
|  |
|  | Permiso |  | Aviso de pérdida o robo |  | Actualización de recetarios |
| Número de folios de los recetarios especiales con código de barras: | Del: |  | Al: |  |

|  |
| --- |
| Datos del médico |
|  |
| RFC: |  |  | Titulo profesional de: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Número de cédula profesional: |  |
| Nombre(s): |  |  | Expedidos por: |  |
| Primer apellido: |  |  | Especialidad: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Expedida por: |  |
| Correo electrónico:  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del médico |
|  |
| 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: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.) |  | Teléfono: |  |
|  |  | Extensión: |  |

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?** |  | **Sí** |  | **No** |

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

Nombre completo y firma autógrafa

 del médico solicitante

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**.