



Instructivo de llenado del formato FF-COFEPRIS-01 Autorizaciones y Certificados

RUPA: Registro Único de Personas Acreditadas (RUPA), es la interconexión y sistematización informática de los Registros de Personas Acreditadas, que son una inscripción que permite a los particulares (personas físicas y morales) la realización de trámites ante dependencias y organismos descentralizados, a través de un número de identificación único basado en el Registro Federal de Contribuyentes. El RUPA, tiene por objetivo integrar la información gubernamental sobre la constitución y funcionamiento de las empresas. Se entrega una sola vez los documentos correspondientes y se recibe un solo número de registro que sirve para distintos trámites en todas las dependencias del Gobierno Federal. El cual podrá solicitar en la página <http://www.rupa.gob.mx> en donde encontrara toda la información necesaria para realizar este trámite.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Escriba la HOMOCLOVE, NOMBRE y MODALIDAD DEL TRÁMITE según se describen a continuación:

Por modificación

COFEPRIS-05-002

Modificación a la licencia sanitaria de establecimientos de insumos para la salud.

Con las siguientes modalidades:

Modalidad A.- De tipo administrativo con resolución inmediata.

Giros de establecimientos aplicables:

- Fábrica o Laboratorio de Materias Primas para la Elaboración de Medicamentos o Productos Biológicos para Uso Humano.
- Fábrica o Laboratorio de Medicamentos o Productos Biológicos, para Uso Humano.
- Laboratorio de Control Químico, Biológico, Farmacéutico o de Toxicología, para el Estudio, Experimentación de Medicamentos y Materias Primas, o Auxiliar de la Regulación Sanitaria.
- Almacén de Acondicionamiento de Medicamentos o Productos Biológicos.
- Almacén de Depósito y Distribución de Medicamentos Controlados o Productos Biológicos, para Uso Humano.
- Centros de Mezcla para la Preparación de Mezclas Parenterales Nutricionales y Medicamentosas.
- Farmacia o Botica (Con Venta de Medicamentos Controlados)
- Droguería o Farmacia Homeopática (Con Preparación de Medicamentos Homeopáticos).

Modalidad B.- De tipo técnica con dictaminación

Giros de establecimientos aplicables:

- Fábrica o Laboratorio de Materias Primas para la Elaboración de Medicamentos o Productos Biológicos para Uso Humano.
- Fábrica o Laboratorio de Medicamentos o Productos Biológicos, para Uso Humano.
- Laboratorio de Control Químico, Biológico, Farmacéutico o de Toxicología, para el Estudio, Experimentación de Medicamentos y Materias Primas, o Auxiliar de la Regulación Sanitaria.



Contacto

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

- Almacén de Acondicionamiento de Medicamentos o Productos Biológicos.
- Almacén de Depósito y Distribución de Medicamentos Controlados o Productos Biológicos, para Uso Humano.
- Centros de Mezcla para la Preparación de Mezclas Parenterales Nutricionales y Medicamentosas.
- Farmacia o Botica (Con Venta de Medicamentos Controlados).
- Droguería o Farmacia Homeopática (Con Preparación de Medicamentos Homeopáticos).

Solicitud de permiso de importación o exportación

Por alta o nuevo

COFEPRIS-01-002

Permiso sanitario de importación de productos.

Con las opciones:

- Productos.
- Muestras o consumo personal (para donación, consumo personal, investigación científica, pruebas de laboratorio y exhibición).

COFEPRIS-01-009

Permiso sanitario de importación de materias primas o medicamentos que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, que cuenten con registro sanitario.

Con las opciones:

- Materias primas.
- Materias primas destinadas a la elaboración de medicamentos con registro sanitario.
- Medicamentos con registro sanitario.

COFEPRIS-01-010

Permiso sanitario de importación de materias primas o medicamentos que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, sin registro sanitario.

Con las opciones:

- Medicamentos y Materias Primas Destinados a Investigación en Humanos.
- Medicamentos y Materias Primas Destinados a Maquila.
- Medicamentos Destinados a Tratamientos Especiales (En enfermedades de baja incidencia con repercusión social).
- Medicamentos Destinados a Uso Personal.
- Medicamentos Destinados a Donación
- Medicamentos y Materias Primas Destinados a Pruebas de Laboratorio

COFEPRIS-01-012

Permiso Sanitario de Importación de Remedios Herbolarios.



Contacto

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

COFEPRIS-01-014

Permiso sanitario de importación de dispositivos médicos que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos que cuenten con registro sanitario.

Con las opciones:

- Importación de Dispositivos Médicos que Cuenten con Registro Sanitario. (Tales como: equipos médicos, aparatos de rayos X, válvulas cardíacas, prótesis internas, marcapasos, prótesis, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos con Registro Sanitario)
- Importación de Fuentes de Radiación. (Incluye reactivos o agentes de diagnóstico con isótopos radiactivos).

COFEPRIS-01-015

Permiso sanitario de importación de dispositivos médicos que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos sin registro sanitario

Con las opciones:

- Dispositivos Médicos para Maquila.
- Dispositivos Médicos para uso Personal.
- Dispositivos Médicos para Uso Médico.
- Dispositivos Médicos para Investigación en Humanos.
- Dispositivos Médicos para Donación
- Dispositivos Médicos, sin Registro, Usados.
- Dispositivos Médicos Destinados a Pruebas de Laboratorio.

COFEPRIS-01-016

Permiso sanitario de importación por retorno

Con las opciones:

- Insumos para la salud
- Productos

Por modificación

COFEPRIS-01-017

Modificación al permiso sanitario de importación

Con las opciones:

- Insumos para la salud.
- Productos.

Solicitud de Registro Sanitario de Dispositivos médicos

Por Alta o Nuevo

COFEPRIS-04-050

Solicitud de Registro Sanitario de Dispositivos Médicos por Equivalencia de Autoridades Regulatorias de Referencia.

Clase de dispositivo y fabricación (opciones a elegir):

- Productos con Registro Clase I FDA (Acuerdo de Equivalencia E.U.A. y Canadá).
- Productos con Registro Clase II y III FDA (Acuerdo de Equivalencia E.U.A. y Canadá).
- Productos con Registro Clase II, III y IV HEALTH CANADA (Acuerdo de Equivalencia E.U.A. y Canadá).
- Dispositivos médicos controlados designados (clase II con criterio de conformidad establecido) con Certificado Emitido por un Organismo de Certificación Registrado ante el MHLW de Japón (Acuerdo de Equivalencia Japón).
- Dispositivos médicos Clase II (clase II sin criterio de conformidad establecido), III y IV con Carta de Aprobación Emitida por el MHLW de Japón (Acuerdo de Equivalencia Japón).



Contacto



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

- Otras Autoridades Regulatorias de Referencia por Acuerdo.

Solicitud de Registro Sanitario de Medicamentos

Por Alta o Nuevo

COFEPRIS-04-040

Solicitud de Registro Sanitario de Medicamentos por Equivalencia de Autoridades Regulatorias de Referencia.

Tipo de medicamento y fabricación (opciones a elegir):

- Molécula nueva. Medicamentos de síntesis química. Fabricación nacional.
- Molécula nueva. Medicamentos de síntesis química. Fabricación extranjera.
- Medicamento genérico. Fabricación nacional.
- Medicamento genérico. Fabricación extranjera.
- Medicamento biotecnológico innovador. Fabricación nacional.
- Medicamento biotecnológico innovador. Fabricación extranjera.
- Medicamento biotecnológico biocomparable. Fabricación nacional.
- Medicamento biotecnológico biocomparable. Fabricación extranjera.
- Producto biológico. Fabricación nacional.
- Producto biológico. Fabricación extranjera.
- Hemoderivados. Fabricación nacional.
- Hemoderivados. Fabricación extranjera.
- Vacunas. Fabricación nacional.
- Vacunas. Fabricación extranjera.

Por Baja

COFEPRIS-04-012

Informe de baja de Registro Sanitario y otras autorizaciones.

Con las opciones:

- Registro Sanitario de Medicamentos
- Registro Sanitario de Remedios Herbolarios
- Registro Sanitario de Dispositivos Médicos
- Registro Sanitario de Plaguicidas
- Registro Sanitario de Nutrientes Vegetales

Solicitud de certificado de exportación:

COFEPRIS-05-017

Certificado en apoyo a la exportación de Insumos para la Salud.

Modalidades aplicables:

- A. Medicamentos.
- B. Dispositivos Médicos.

COFEPRIS-07-002

Certificado de Efectividad Bacteriológica (CEB), de equipos o sustancias germicidas para potabilización de agua tipo doméstico.

COFEPRIS-07-004

Certificación sanitaria de producción y procesamiento de moluscos bivalvos

Con las opciones:

- Acreditación de Plantas Procesadoras de Moluscos Bivalvos.
- Calidad Sanitaria del Agua del Área de Producción y Cultivo de Moluscos Bivalvos.

Solicitudes de tarjeta de control sanitario:



Contacto

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.



Por alta o nuevo

COFEPRIS-05-084

Tarjeta de Control Sanitario de Tatuadores, Micropigmentadores y Perforadores.

Por prórroga o modificación

COFEPRIS-05-087

Prórroga o Modificación a la Tarjeta de Control Sanitario de Tatuadores, Micropigmentadores y Perforadores.

2. Datos del propietario

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP: Clave Única de Registro de Población.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del propietario.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrada la persona moral ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrada la Denominación o razón social de la persona moral ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Representante legal que solicita el trámite

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el representante legal que solicita el trámite ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP: Clave Única de Registro de Población.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del representante legal que solicita el trámite.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del representante legal que solicita el trámite.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del representante legal que solicita el trámite.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del representante legal que solicita el trámite.

Domicilio fiscal del propietario



Contacto



Nota: Domicilio bajo el cual está registrado el propietario (persona física o moral) ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio fiscal del propietario.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se encuentra el domicilio fiscal del propietario, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior del domicilio fiscal del propietario.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior en el domicilio fiscal del propietario, también anotarlo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se encuentra el domicilio fiscal del propietario, Por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad en donde se encuentra el domicilio fiscal del propietario (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, en donde se encuentra el domicilio fiscal del propietario.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio fiscal del propietario. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se encuentra el domicilio fiscal del propietario, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se encuentra el domicilio fiscal del propietario, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

3. Datos del establecimiento

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el establecimiento ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento (Ejemplo: Farmacia Lupita, Laboratorios Terra, S.A. de C.V., Procesadora de Alimentos S. de R.L. de C.V., etc.)

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: Número completo del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, puede indicar más de una.

Descripción del SCIAN: Descripción de la actividad (es) que realiza el establecimiento correspondiente a la clave seleccionada.

Número de licencia sanitaria o de aviso de funcionamiento: Número completo de la licencia sanitaria o número/folio de aviso de funcionamiento. Campo obligatorio en caso de contar con licencia o aviso de funcionamiento.

Para titular nacional de registro sanitario de medicamentos, indicar el número de licencia sanitaria de fábrica o de laboratorio de medicamentos.

Campo obligatorio para titular nacional.

Responsable sanitario

Cuando aplique, de acuerdo al giro del establecimiento.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el responsable sanitario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP: Clave Única de Registro de Población.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Número de aviso de responsable sanitario: número del aviso del responsable sanitario. Campo obligatorio en caso de que deba contar con licencia sanitaria o aviso de funcionamiento.



Sólo para el alta de licencia sanitaria

Horario de operaciones: Marque los días de la semana que estará abierto el establecimiento y escriba el horario de funcionamiento o de atención al público hora de apertura y de cierre. Ejemplo:

D	X	X	X	X	X	S	de	09:00	a	19:00
								HH:MM		HH:MM
D	L	M	M	J	V	X	de	09:00	a	14:00
								HH:MM		HH:MM

Fecha de inicio de operaciones: Indique la fecha en que el establecimiento iniciará actividades aproximadamente empezando por el día, mes y año. Ejemplo:

21	/	07	/	2017
DD		MM		AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se ubica el establecimiento.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior del domicilio donde se ubica el establecimiento.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior en el domicilio donde se ubica el establecimiento, también anotarlo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento, Por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad del domicilio donde se ubica el establecimiento (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, en donde se ubica el domicilio del establecimiento.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se ubica el domicilio del establecimiento. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio del establecimiento, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

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

Representante legal

Representante Legal: (Artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo) La representación de las personas físicas o morales ante la Administración Pública Federal para formular solicitudes, participar en el procedimiento administrativo, interponer recursos, desistirse y renunciar a derechos, deberá acreditarse mediante instrumento público, y en el caso de personas físicas, también mediante carta poder firmada ante dos testigos y ratificadas las firmas del otorgante y testigos ante las propias autoridades o fedatario público, o declaración en comparecencia personal del interesado.

CURP: Clave Única de Registro de Población.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del representante legal.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del representante legal.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del representante legal.





Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del representante legal o apoderado.

Persona autorizada

Persona Autorizada: (Artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo) Sin perjuicio de lo anterior, el interesado o su representante legal mediante escrito firmado podrán autorizar a la persona o personas que estime pertinente para oír y recibir notificaciones, realizar trámites, gestiones y comparecencias que fueren necesarias para la tramitación de tal procedimiento, incluyendo la interposición de recursos administrativos.

CURP Clave Única de Registro de Población.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas de la persona autorizada.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas de la persona autorizada.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas de la persona autorizada.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco de la persona autorizada.

4. Modificación y/o prórroga

Seleccione una opción: Marque el tipo de trámite a realizar.

Número de documento: Escriba el número de documento a modificar y/o prorrogar en caso de modificación en que los cambio a realizar en el campo correspondiente, de acuerdo a la siguiente lista enunciativa más no limitativa:

- **Denominación o razón social**
- **Nuevas líneas o servicios**
- **Domicilio**
- **Producto**
- **Proceso**
- **Cesión de derechos**
- **Propietario**
- **Línea o giro**
- **A las condiciones de registro de medicamentos**
- **A las condiciones de registro de dispositivos médicos**
- **A las instalaciones de establecimientos que manejan**

Dice / condición autorizada: Anote los datos tal y como los notificó a través del aviso de funcionamiento o solicitud de licencia o datos de la autorización que desea sean modificadas.

Debe de decir / condición solicitada: Anote los datos completos como deben quedar.





5. Datos del producto

Producto

- Nombre de la clasificación del producto o servicio:** Escriba el nombre de la clasificación del producto o servicio para el cual va a realizar su trámite. Consulte punto 5.A de este instructivo.
- Especificar:** Si el producto pertenece a una subclasificación del producto elegido en la tabla 5.A del formato; Consulte punto 5.A de este instructivo y elija de la lista de cada producto el nombre de la clasificación específica al cual pertenece. Si el producto pertenece a clase II o III de conformidad con el artículo 83 del Reglamento de Insumos para la Salud.
Para la exportación de productos pesqueros a la Unión Europea, escriba si el producto es de "acuicultura" o en su caso de la "pesca".
- Denominación específica del producto:** Nombre particular que recibe un producto y que se encuentra asociado a la(s) característica(s) que lo distingue(n) dentro de una clasificación general y lo restringe(n) en aplicación, efecto, estructura, función y uso particular excepto medicamentos. (Por ejemplo: Leche ultra pasteurizada descremada con sabor chocolate, Catéter para angioplastia coronaria con globo).
- Nombre (marca comercial) o denominación distintiva (y sus propuestas):** Marca con la que se comercializa el producto. Para insumos para la salud, el nombre que como marca comercial le asigna el laboratorio o fabricante a sus especialidades farmacéuticas con el fin de distinguirlas de otras similares (ejemplo: "Lala", "Agiocat").
Para solicitudes de registro sanitario de medicamentos o dispositivos médicos, incluya en este apartado sus propuestas de denominación distintiva. **Dato indispensable para correcto poblado de la base de datos en el Centro Integral de Servicios.**
- Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE:** Para el caso de medicamentos, la DCI y la denominación genérica es el nombre que identifica al fármaco o sustancia activa reconocido internacionalmente. Ejemplo: Ampicilina. Para el caso de dispositivos médicos. (Ejemplo Catéter)
Para el caso de Remedios Herbolarios, especificar el nombre científico (género y especie) de la planta o sus partes. Ejemplo Hemeroteca aneroideas (Árnica Mexicana). Para el caso de otros productos la denominación Genérica representa cada uno de los distintos tipos o clases en que se puedan agrupar. (Ejemplo: Leche) Para el caso de Organismos Genéticamente Modificados, indicar el identificador único de la OCDE.
- Forma farmacéutica o forma física:** Forma farmacéutica a la mezcla de uno o más fármacos con o sin aditivos, que presentan ciertas características físicas para su adecuada dosificación, conservación y administración (tabletas, suspensiones, etc.); y el estado físico puede ser: sólido, líquido y gaseoso. Colocar la forma farmacéutica acorde a lo establecido en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

Dato indispensable para correcto poblado de la base de datos en el Centro Integral de Servicios.

1. Aerosol	9. Gas medicinal	17. Laminilla	25. Pastilla
2. Cápsula	10. Gel	18. Linimento	26. Polvo
3. Colirio	11. Glóbulo	19. Loción	27. Sistema de liberación
4. Comprimido	12. Goma	20. Oblea	28. Solución homeopática
5. Crema	13. Granulado	21. Óvulo	29. Supositorio
6. Elixir	14. Implante	22. Pomada	30. Suspensión
7. Emulsión	15. Jabón	23. Parche	31. Tableta
8. Espuma	16. Jalea	24. Pasta	32. Ungüento
			33. Otro (indicar la referencia a la Farmacopea del país de origen)

- Tipo de producto:** Seleccione el número correspondiente al tipo de producto:

- Materia prima,
- Aditivo,
- Producto a granel,
- Otros (cualquiera que no entre dentro de la clasificación anterior)





3. Producto terminado,

8) **Fracción arancelaria:** Clasificación arancelaria a la que pertenece la mercancía a importar.

9) **Cantidad de lotes:** Anotar con número la cantidad de lotes a adquirir, exportar, importar o adquisición en plaza o bien especificar el número de lotes a liberar, de psicotrópicos y estupefacientes y alimentos, suplementos alimenticios, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, aseo y limpieza, perfumería y belleza.

10) **Unidad de medida:** Abreviatura de acuerdo al sistema internacional de unidades para el caso de alimentos, suplementos alimenticios, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, tabaco, aseo y limpieza y productos cosméticos. En el caso de medicamentos deberá corresponder con la forma farmacéutica solicitada.

11) **Cantidad o volumen total:** Escribir con números arábigos la cantidad o volumen total de producto importado, exportado. Para el caso de estupefacientes, psicotrópicos y precursores químicos la cantidad total debe ser de materia prima. Cuando aplique.

12) **Número de piezas a fabricar:** Escribir la cantidad con número de piezas a fabricar. (Tabletas, cápsulas, ampollitas, etc.)

13) **Kilogramos o gramos por lote:** Escribir la cantidad en kilogramos (kg). o gramos (g) por lote, sólo para estupefacientes y psicotrópicos o farmoquímicos.

14) **Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanumérica:** Escribir el número de permiso sanitario de importación (aplica únicamente para liberación de estupefacientes y psicotrópicos y venta o distribución de biológicos y hemoderivados).

15) **Número de registro sanitario:** Número del Registro Sanitario o clave alfanumérica del producto emitido por la autoridad sanitaria.

16) **Número de acta:** Escribir el número de acta de liberación. Sólo en caso de liberación de psicotrópicos y estupefacientes.

17) **Presentación:** Presentación por unidad, para los medicamentos (frasco con 120 ml de 10 mg/ml, caja con 20 tabletas de 5 mg. etc.) y dispositivos médicos (envase con una pieza, frasco con 240 ml, caja o bote con 100 tiras reactivas, etc.). Para el caso de alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, aseo y limpieza, productos cosméticos y suplementos alimenticios (caja con 10 botes, botella de 200 ml, lata de 250 g, marqueta de 10 Kg., etc.). Para el caso de Plaguicidas (suspensión acuosa, sólido, líquido, gas, etc.)

18) **Uso específico o proceso:** Escriba el o los números correspondientes al uso específico o proceso que se le dará al producto de acuerdo a la siguiente lista:

1. Obtención,
2. Elaboración,
3. Preparación,
4. Fabricación,
5. Formulación,
6. Mezclado,
7. Envasado,
8. Conservación,
9. Acondicionamiento,

10. Almacenamiento,
11. Manipulación,
12. Distribución,
13. Transporte,
14. Venta o comercialización,
15. Maquila,
16. Donaciones,
17. Análisis o pruebas de laboratorio,
18. Investigación científica, en laboratorio o experimentación

19. Muestra,
20. Promoción,
21. Proyectos,
22. Transferencia,
23. Uso directo o aplicación
24. Uso o consumo personal,
25. Uso médico y
26. Retorno

19) **Clave del(de los) lote(s):** Número o clave que tienen los lotes.

20) **Indicaciones de uso:** La acción del producto para remedios herbolarios y/o dispositivos médicos.

21) **Concentración:** Escribir la concentración del producto en porcentaje.

22) **Indicaciones terapéuticas:** La acción del medicamento.

23) **Fecha de fabricación:** Fecha en la que se fabricó el producto, empezando por día, mes y año.

24) **Fecha de caducidad:** Fecha en la que el producto estará caduco, empezando por día, mes y año.

25) **Temperatura de almacenamiento:** Especificar en °C la temperatura de almacenamiento del producto.

26) **Temperatura de transporte:** Especificar en °C la temperatura de transporte del producto.

27) **Medio de transporte o aduana de entrada:** Especificar el medio de transporte o aduana de entrada para el caso de visita y permiso de liberación y muestreo de psicotrópicos y estupefacientes.

28) **Identificación de contenedores:** Escribir el número o números de los contenedores en los que transporta el producto.

29) **Envase primario:** Material con que está hecho el envase que se encuentra en contacto directo con el producto, así como sus especificaciones y capacidad.

30) **Envase secundario:** Material con que está hecho el envase, que puede contener uno o más envases, así como sus especificaciones y capacidad.

31) **Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:** Especifique el tipo de embalaje (contenedores, cajas, etc.) y número de unidades de embalaje.





32) **Número de partida:** Indicar el número de partida correspondiente.

33) **Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS):** Clave(s) del Compendio Nacional de Insumos para la Salud al (las) que pertenece el producto. (Aplica tanto para dispositivos médicos como para medicamentos).

Dato indispensable para correcto poblado de la base de datos en el Centro Integral de Servicios. En caso de no tener asociada una CNIS, manifestarlo en el campo de texto.

Para medicamentos, colocar entre paréntesis la categoría del compendio de insumos para la salud (**Dato indispensable para correcto poblado de la base de datos en el Centro Integral de Servicios.**):

1. Analgesia	7. Enfermedades inmunoalérgicas	13. Neumología	19. Psiquiatría
2. Anestesia	8. Gastroenterología	14. Neurología	20. Reumatología y Traumatología
3. Cardiología	9. Gineco-obstetricia	15. Oftalmología	21. Soluciones electrolíticas y Sustitutos del Plasma
4. Dermatología	10. Hematología	16. Oncología	22. Vacunas, Toxoides, Inmunoglobulinas, Antitoxinas
5. Endocrinología y metabolismo	11. Intoxicaciones	17. Otorrinolaringología	23. Cuidados paliativos
6. Enfermedades infecciosas y parasitarias	12. Nefrología y Urología	18. Planificación familiar	

34) **Presentación destinada a:** Marque de acuerdo a la presentación que corresponda para su venta del producto (Sector salud sólo aplica para registro de dispositivos médicos).

- » Exportación » Sector salud
- » Genérico » Venta

35) **Fabricación del producto:** Marque si el producto declarado es de fabricación nacional o extranjera.

36) **Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):** Clave correspondiente a la unidad de medida de aplicación de la TIGIE (Ley de los Impuestos Generales de Importación y Exportación), conforme al Apéndice 7 del Anexo 22 de las reglas de carácter General en Materia de Comercio Exterior, vigentes.

37) **Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:** Cantidad correspondiente conforme a la unidad de medida de la TIGIE (Ley de los Impuestos Generales de Importación y Exportación), conforme al Apéndice 7 del Anexo 22 de las reglas de carácter General en Materia de Comercio Exterior, vigentes. Tratándose de operaciones de tránsito interno, este campo se dejará vacío.

38) **Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:** Seleccione el número correspondiente al tipo de OGM:

1. Los que se destinen para uso o consumo humano incluyendo granos;
2. Los que se destinen al procesamiento de alimentos para consumo humano;
3. Los que tengan finalidades de salud pública;
4. Los que se destinen a la biorremediación;

(También se consideran OGMs para uso o consumo humano aquellos que sean para consumo animal y que puedan ser consumidos directamente por el ser humano (Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, Artículo 91))

39) **Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):** Número que asigna la Secretaría de Economía correspondiente al número de programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación.

40) **Patentes (OBLIGATORIO):** coloque el número del(los/las), título(s), licencia(s), sublicencia(s) de explotación de la(s) patente(s) inscrita(s) en el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI) a favor del solicitante del registro sanitario; o bien, colocar dentro del campo la siguiente leyenda:





“Declaro expresamente que me encuentro en cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y normativas aplicables en materia de patentes y propiedad industrial, reconociendo que la falsedad, alteración, simulación, ocultamiento u omisión de la información proporcionada dará lugar a la imposición de las sanciones y medidas de seguridad que correspondan conforme a la legislación vigente.”

- 41) **Oficio de conclusiones del Comité de Moléculas Nuevas:** para el caso de medicamentos biológicos, biotecnológicos, innovadores y vacunas, la COFEPRIS solicitará la opinión técnica del Comité de Moléculas Nuevas, el cual emitirá la opinión correspondiente en un plazo máximo de quince días hábiles contados a partir del día siguiente al que se presenta la solicitud de Registro Sanitario de Medicamentos por Equivalencia de Autoridades Regulatorias de Referencia. Sin embargo, de contar con dicho oficio, coloque el número o folio de solicitud de la opinión de dicho Comité.
- 42) **Programa de farmacovigilancia (OBLIGATORIO):** coloque el número o folio de solicitud del programa de farmacovigilancia. Para productos biológicos y medicamentos biotecnológicos coloque el número o folio de solicitud del programa de farmacovigilancia intensiva, de conformidad con las disposiciones que resulten aplicables.
- 43) **Abasto:** indique si su insumo para la salud (medicamentos y dispositivos médicos) es para el programa nacional de abasto con un sí o un no. **(Dato indispensable para correcto poblado de la base de datos en el Centro Integral de Servicios)**
- 44) **Autoridad Regulatoria de Referencia y país (OBLIGATORIO):** coloque la Autoridad Regulatoria de Referencia y el país al que pertenece la misma relacionada a su solicitud de Registro Sanitario de Medicamentos o Dispositivos Médicos por Equivalencia de Autoridades Regulatorias de Referencia. Ejemplo: Food and Drug Administration (Estados Unidos).
- 45) **Precalificación de la OMS (OBLIGATORIO):** para los medicamentos precalificados por la OMS, coloque el número de referencia y la fecha de precalificación.
- 46) **Informe de baja:** en caso de solicitar la baja de un registro sanitario de medicamentos, seleccione una opción.
- 47) **Número de protocolo de investigación científica:** Coloque el número de oficio de autorización de la conducción del protocolo, en caso de contar con inclusiones y enmiendas señalar el número de oficio, en caso de haber sido emitido a través de DIGIPRIS deberá señalar UUID de (los) documento(s) y código(s) de visualización.
- 48) **Número del último oficio de registro sanitario y constancias relacionadas:** Coloque el número de oficio de las constancias de modificación, prórrogas o todos los documentos asociados al registro inicial, en caso de haber sido emitido a través de DIGIPRIS deberá señalar UUID de (los) documento(s) y código(s) de visualización. En caso de que el producto sea Remedio Herbolario, indicar la clave alfanumérica y su número de oficio.
- 49) **Descripción del uso específico:** En caso de importar materias primas para fabricación de otra materia prima, deberá indicar el nombre del producto a fabricar.
- 50) **Número de oficio de reconocimiento de producto huérfano:** Coloque el número de oficio de las constancias de modificación, prórrogas o todos los documentos asociados al oficio inicial, en caso de haber sido emitido a través de DIGIPRIS deberá señalar UUID de (los) documento(s) y código(s) de visualización.
- 51) **Número de Cédula Profesional:** Coloque el número de cédula profesional de la salud.
- 52) **Número de permiso de importación emitido por la CNSNS:** Coloque el número de permiso de importación emitido por la CNSNS.
- 53) **Número de permiso de responsable de operación y funcionamiento de equipo de rayos X:** Coloque el Número de permiso de responsable de operación y funcionamiento de equipo de rayos X.
- 54) **Manifiesto, bajo protesta de decir verdad que la etiqueta con la que se pretende comercializar el producto en los Estados Unidos Mexicanos contiene la misma información que la etiqueta con la que se comercializa en el país de origen, incorporando únicamente las**





ajustes necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas aplicables en materia de etiquetado y el marco legal vigente.

Declaro que la presente manifestación me hace responsable de la veracidad y correspondencia de la información declarada, y reconozco que la falsedad, alteración u omisión de datos dará lugar a la imposición de las sanciones y medidas de seguridad que correspondan conforme a la legislación vigente.

- 55) Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que el producto a importar no incluye ingredientes, componentes o sustancias cuyo uso se encuentre prohibido o restringido en los Estados Unidos Mexicanos. Asimismo, manifiesto que la cantidad de las sustancias contenidas en el producto no es equivalente, en ningún caso, a la de un medicamento, de conformidad con la normatividad vigente.

Declaro que la presente manifestación me hace responsable de la veracidad y correspondencia de la información declarada, y reconozco que la falsedad, alteración u omisión de datos dará lugar a la imposición de las sanciones y medidas de seguridad que correspondan conforme a la legislación vigente.

- 56) Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que el producto objeto del presente trámite será destinado exclusivamente para los fines autorizados y me comprometo expresamente a no comercializarlo en los Estados Unidos Mexicanos, ni total ni parcialmente, mientras no se cuente con la autorización sanitaria correspondiente.

Declaro que asumo la plena responsabilidad respecto del uso y destino del producto importado, y reconozco que cualquier incumplimiento a lo aquí manifestado dará lugar a la imposición de las sanciones y medidas de seguridad que correspondan conforme a la legislación vigente.

- 57) Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que el producto de síntesis química, objeto del presente trámite, cuenta con un certificado, documento equivalente o escrito aclaratorio vigente, expedido por la autoridad sanitaria del país de origen, mediante el cual se acredita el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Fabricación aplicables. Asimismo, manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que dicho producto dispone de un certificado de análisis vigente, emitido por el fabricante y avalado con el nombre, firma y cargo del químico responsable, a través del cual se acredita que el producto cumple con las especificaciones de calidad establecidas en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM).

Declaro que la presente manifestación me hace responsable de la veracidad y correspondencia de la información declarada, y reconozco que la falsedad, alteración u omisión de datos dará lugar a la imposición de las sanciones y medidas de seguridad que correspondan conforme a la legislación vigente.

- 58) Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que el equipo usado objeto del presente trámite cuenta con las garantías de efectividad y las pruebas de correcto funcionamiento que acreditan que dicho equipo es apto para su uso. Asimismo, en el caso específico de equipos usados que emiten radiación (para rayos X, radioterapia, medicina nuclear), manifiesto que se cuenta con la documentación original expedida por el fabricante o por el asesor especializado en seguridad radiológica autorizado por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (firmados conjuntamente con el importador bajo protesta de decir verdad) mediante la cual se acredita el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

Declaro que la presente manifestación me hace responsable de la veracidad y correspondencia de la información declarada, y reconozco que la falsedad, alteración u omisión de datos dará lugar a la imposición de las sanciones y medidas de seguridad que correspondan conforme a la legislación vigente.

5.A. Clasificación del producto o servicio

Consulte la siguiente clasificación del producto o servicio y elija el producto para el cual va a realizar el trámite; Utilice esta información para llenar la sección 5, los campos 1 y 2 del formato.

1) **Medicamentos / fármaco:**

- | | |
|------------------|------------------|
| I. Alopáticos | III. Herbolarios |
| II. Homeopáticos | IV. Vitamínico |

2) **Dispositivos médicos (Artículo 262 sección I al VI de la Ley General de Salud y Artículo 83 del Reglamento de Insumos para la Salud):**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| I. Equipo o instrumental médico | IV. Insumos de uso odontológico |
|---------------------------------|---------------------------------|



Contacto



II. Prótesis, órtesis y ayudas funcionales
III. Agentes de diagnóstico

V. Materiales quirúrgicos y de curación
VI. Productos higiénicos

3) **Remedios herbolarios:** El preparado de plantas medicinales, o sus partes, individuales o combinadas y sus derivados, presentado en forma farmacéutica, al cual se le atribuye por conocimiento popular o tradicional, el alivio de algunos síntomas participantes o aislados de una enfermedad.

4) **Biológicos:** Artículo 229 de la Ley General de Salud.

I. Toxoides, vacunas y preparaciones bacterianas de uso parenteral
II. Vacunas virales de uso oral o parenteral
III. Sueros y antitoxinas de origen animal
IV. Hemoderivados
V. Vacunas y preparaciones microbianas de uso oral
VI. Materiales biológicos para diagnóstico que se administran al paciente;

VII. Antibióticos.
VIII. Hormonas macromoleculares y enzimas
IX. Insumos para la Salud Clase I
X. Insumos para la Salud Clase II
XI. Insumos para la Salud Clase III

5) **Estupefacientes:** Especificar estupefaciente (remitirse al capítulo V artículo 234 de la Ley General de Salud y anexos).

6) **Psicotrópicos:** Especificar psicotrópico (remitirse al capítulo VI artículo 245 de la Ley General de Salud y anexos).

7) **Precursores químicos:** Especificar precursor químico (remitirse a la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos)

8) **Alimentos:** Cualquier sustancia o producto, sólido o semisólido, natural o transformado, que proporcione al organismo elementos para su nutrición. Y sus aditivos.

9) **Moluscos bivalvos:** Almeja, ostión, mejillón.

10) **Bebidas no alcohólicas:** Cualquier líquido, natural o transformado que proporcione al organismo elementos para su nutrición.

11) **Bebidas alcohólicas:** Se consideran bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción del 2% y hasta 55% en volumen. Cualquier otra que contenga una proporción mayor no podrá comercializarse como bebida (artículo 217 de la Ley General de Salud).

12) **Aseo y limpieza:**

I. Jabones	V. Almidones para uso externo
II. Detergentes	VI. Desmanchadores
III. Limpiadores	VII. Desinfectantes
IV. Blanqueadores	VIII. Desodorantes y aromatizantes ambientales

13) **Productos cosméticos:** Según artículo 269 de la Ley General de Salud.

14) **Suplementos alimenticios:** Cualquier producto a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no, de vitaminas o minerales, que se pueden presentar en forma farmacéutica y cuya finalidad de uso sea incrementar la ingesta dietética total, complementarla o suplir alguno de sus componentes.

15) **Plaguicidas:**

I. Químicos	IV. Botánicos
II. Bioquímicos	V. Misceláneos
III. Microbianos	

16) **Nutrientes vegetales:**

I. Fertilizantes	IV. Mejoradores de suelo
II. Reguladores de crecimiento	V. Humectante de suelo
III. Inoculantes	

17) **Fuentes de radiación (diagnóstico):** Servicios de radiografía convencional, fluoroscopio, mamografía, tomografía, panorámica dental o hemodinámica.

18) **Sustancias tóxicas o peligrosas:**

19) **Organismos genéticamente modificados:** Especifique el organismo vivo, con excepción de los seres humanos, que ha adquirido una combinación genética novedosa generada a través del uso específico de técnicas de la biotecnología moderna.





6. Información para certificados

Uso del certificado (para exportación, registro, prórroga y otros): Anotar el uso final que le dará al certificado solicitado. (Ejemplo: Para exportación, con fines de registro o prórroga de registro y otros)

País destino: En caso de certificado para exportación a petición del interesado, señalar el nombre del país que requiera del certificado en cuestión.

Especificar características: A petición del interesado señalar cuando aplique las características e información que debe contener el certificado solicitado. (Ejemplo: Para exportación a la Unión Europea, especificar si son de acuicultura o de la pesca).

Nota: Para certificados de buenas prácticas de fabricación a petición del interesado, señalar cuando aplique para registro de dispositivos médicos o licitaciones.

Número de oficio relacionado: en caso de solicitar un certificado de producción y procesamiento de moluscos bivalvos, colocar el número de oficio relacionado; por ejemplo, el número de oficio que derivó de su solicitud de Visita de Verificación Sanitaria para Exportación, para plantas procesadoras.

7. Información para registro sanitario de insumos para la salud

7. A. Para producto maquilado (datos del maquilador)

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC:(a): Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el que maquiló el producto.

CURP Clave Única de Registro de Población.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del maquilador nacional o extranjero.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del maquilador nacional o extranjero.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del maquilador nacional o extranjero.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC:(a): El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el establecimiento que maquiló el producto

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del maquilador nacional o extranjero.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Datos del responsable sanitario

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del responsable sanitario.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del maquilador o del representante legal o del responsable sanitario.





Etapas del proceso de fabricación: Escriba las etapas de fabricación que se maquilaron (Formulación, acondicionamiento, mezcla, envasado, etc.)

Número de licencia sanitaria o de aviso de funcionamiento: El número de licencia sanitaria (sólo para medicamentos) o colocar el número/folio si presentó aviso de funcionamiento.

Número de Oficio de Certificación de Buenas Prácticas de Fabricación: El número/folio del oficio de Oficio de Certificación de Buenas Prácticas de Fabricación emitido por la Comisión. Campo obligatorio para fabricación nacional.

Domicilio del maquilador

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que maquiló el producto.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento que maquiló el producto, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que maquiló el producto.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que maquiló el producto, también anótarlo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento que maquiló el producto, Por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que maquiló el producto (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que maquiló el producto.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento que maquiló el producto. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento que maquiló el producto, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio del establecimiento que maquiló el producto, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

7. B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC:(a): Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el fabricante.

CURP Clave Única de Registro de Población. Sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del fabricante en el extranjero para productos de importación.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del fabricante en el extranjero para productos de importación.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del fabricante en el extranjero para productos de importación.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC:(a): El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el establecimiento del fabricante.

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación.





(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación, también anótarlo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación, por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

País: Nombre del país completo sin abreviaturas en donde se encuentre ubicado el establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio del establecimiento del fabricante en el extranjero para productos de importación, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número de licencia sanitaria o de aviso de funcionamiento: Número completo de la licencia sanitaria o número/folio de aviso de funcionamiento. Campo obligatorio para fabricación nacional.

Número de Oficio de Certificación de Buenas Prácticas de Fabricación: El número/folio del oficio de Oficio de Certificación de Buenas Prácticas de Fabricación emitido por la Comisión. Campo obligatorio para fabricación nacional.

7.C. Datos del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud)

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC:(a): Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el proveedor o distribuidor.

CURP Clave Única de Registro de Población. Sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del proveedor o distribuidor.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del proveedor o distribuidor.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del proveedor o distribuidor.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.





Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC:(a): El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el establecimiento del proveedor o distribuidor.

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento del proveedor o distribuidor.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud)

Código postal:(a): Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del proveedor o distribuidor, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor, también anótalo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento del proveedor o distribuidor, Por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor (cuando aplique).

Municipio o alcaldía:(a): Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor.

Entidad Federativa:(a): Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del proveedor o distribuidor. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento proveedor o distribuidor, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio del establecimiento proveedor o distribuidor, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Número de licencia sanitaria o de aviso de funcionamiento: Número completo de la licencia sanitaria o número/folio de aviso de funcionamiento. Campo obligatorio.

7.D. Datos del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC:(a): Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el que acondicionará o almacenará los insumos para la salud.

CURP Clave Única de Registro de Población. Sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del que acondicionará o almacenará los insumos para la salud.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del que acondicionará o almacenará los insumos para la salud.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del que acondicionará o almacenará los insumos para la salud.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.





Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC:(a): El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el establecimiento del que acondicionará o almacenará los insumos para la salud.

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento del que acondicionará o almacenará los insumos para la salud.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud, también anotarlo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud, Por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud (cuando aplique).

Municipio o alcaldía:(a): Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud.

Entidad Federativa:(a): Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Número de licencia sanitaria o de aviso de funcionamiento: Número completo de la licencia sanitaria o número/folio de aviso de funcionamiento. Campo obligatorio.

8. Información para importación, exportación y otras autorizaciones

Régimen de importación (sólo para importadores): Seleccione el tipo de régimen de importación (solo para importación) "Temporal", "Definitiva" o "Depósito fiscal"

País de origen: Indicar el nombre del país donde se fabricó el producto (sólo en importación).

País de procedencia: Indicar el nombre del país de donde proviene el producto (sólo en importación).

País de destino: Indicar el nombre del país de destino para exportación.

Aduana de entrada o salida (Especifique sólo una): Indicar solo una aduana de entrada o salida del producto (importación / exportación).

» En caso de precursores químicos y psicotrópicos las aduanas autorizadas son: Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México; Veracruz, Veracruz; Manzanillo, Colima; y Nuevo Laredo, Tamaulipas.

» Para pseudoefedrina las aduanas autorizadas son: Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México; Veracruz, Veracruz; Manzanillo, Colima.

» Para estupefacientes las aduanas autorizadas son: el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México.





8. A. Datos del fabricante

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC:(a): Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el fabricante.

CURP Clave Única de Registro de Población. Sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del fabricante.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del fabricante.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del fabricante.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC:(a): El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el fabricante.

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento del fabricante.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del fabricante

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del fabricante, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante, también anótalo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento del fabricante, por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante (cuando aplique).

Municipio o alcaldía:(a): Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del fabricante.

Entidad federativa:(a): Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento del fabricante. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

País: Nombre del país completo sin abreviaturas en donde se encuentre ubicado el establecimiento del fabricante.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del fabricante, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio del establecimiento del fabricante, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.



8.B Domicilio del proveedor o distribuidor

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC:(a): Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el proveedor o distribuidor.

CURP Clave Única de Registro de Población. Sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del proveedor o distribuidor.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del proveedor o distribuidor.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del proveedor o distribuidor.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC:(a): El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el proveedor o distribuidor.

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento del proveedor o distribuidor.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del proveedor o distribuidor

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del proveedor o distribuidor, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor, también anotar.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento del proveedor o distribuidor, Por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor (cuando aplique).

Municipio o alcaldía:(a): Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor.

Entidad Federativa:(a): Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento del proveedor o distribuidor. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

País: Nombre del país completo sin abreviaturas en donde se encuentre ubicado el establecimiento del proveedor o distribuidor.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del proveedor o distribuidor por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio del establecimiento del proveedor o distribuidor, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.





8. C. Datos del destinatario (destino final)

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC: Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el destinatario (destino final).

CURP Clave Única de Registro de Población. Sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del destinatario (destino final).

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del destinatario (destino final).

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del destinatario (destino final).

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el destinatario (destino final)

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento del destinatario (destino final).

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del destinatario (destino final)

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del destinatario (destino final).

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del destinatario, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del destinatario (destino final).

Número interior: En caso de contar con número o letra interior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del destinatario (destino final), también anotar.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento del destinatario, Por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del destinatario (destino final), (cuando aplique).

Municipio o alcaldía:(a): Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del destinatario (destino final).

Entidad Federativa:(a): Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento del destinatario (destino final). Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

País: Nombre del país completo sin abreviaturas en donde se encuentre ubicado el establecimiento del destinatario (destino final).

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del destinatario, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio del establecimiento del destinatario, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.





8. D Datos del facturador

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC: Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el facturador.

CURP Clave Única de Registro de Población. Sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del facturador.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del facturador.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del facturador.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP) el facturador.

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento del facturador.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del facturador

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del facturador.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del facturador, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del facturador.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del facturador, también anótarlo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento del facturador, Por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.

Localidad (si aplica): Localidad que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del facturador (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento del facturador.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del facturador. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

País: Nombre del país completo sin abreviaturas en donde se encuentre ubicado el establecimiento del facturador.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento del facturador, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio del establecimiento del facturador, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.





9. Datos de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP: Clave Única de Registro de Población, de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrada la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrada la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrada la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 53 40 09 96

Extensión (cuando aplique): 1111

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones.

Servicios que se realizarán:

Seleccione el o los servicios que se llevarán a cabo en el establecimiento:

- Tatuajes
- Micropigmentación
- Perforación

Horario de operaciones

Horario de operaciones: Marque los días de la semana que estará la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones en el establecimiento y escriba el horario de atención al público hora de apertura y de cierre. Ejemplo:

D	X	X	X	X	X	S	de	09:00 HH:MM	a	19:00 HH:MM
D	L	M	M	J	V	X	de	09:00 HH:MM	a	14:00 HH:MM

Domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior que corresponda al domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior que corresponda al domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones, también anotarlos.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones, Por ejemplo: Nápoles, Rancho las Américas.





Localidad (si aplica): Localidad que corresponda al domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, que corresponda al domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones. Por ejemplo: Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad Y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se ubica el domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), a diez dígitos. Ejemplo:

Teléfono: 55 53 40 09 96

Extensión (cuando aplique): 1111

9.A Currículum vitae de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

Formación Académica

Último grado de estudios: Indique el último grado de estudios profesionales (primaria, secundaria, bachillerato / preparatoria, licenciatura, maestría, doctorado, etc.) Ejemplo: Preparatoria

Periodo: Especifique el periodo del último grado de estudios profesionales (año de inicio - año de término). Ejemplo: 2018 -2021.

Nombre de la carrera técnica, carrera profesional o licenciatura (si aplica): Coloque el nombre de la carrera técnica, carrera profesional o licenciatura en caso de contar con alguna.

Nombre de la institución educativa: Especifique el nombre de la institución educativa o escuela correspondiente al último grado de estudios profesionales.

Cursos o capacitaciones

Nombre del curso o capacitación: Anote el nombre completo del curso o capacitación.

Nombre de la institución educativa que lo imparte: Especifique el nombre de la institución educativa o escuela correspondiente que impartió el curso.

Horas de duración: Anote las horas de duración del curso o capacitación.

Fecha o periodo del curso o capacitación: Especifique la fecha o periodo en el que realizó el curso o capacitación en cuestión.

Fecha de emisión de la constancia o diploma: Indique la fecha de emisión del documento probatorio (constancia o diploma) recibido al finalizar el curso o capacitación.

Liga electrónica de la constancia o diploma: Coloque el enlace o liga electrónica del documento probatorio (constancia o diploma) recibido al finalizar el curso o capacitación.

Nota: en caso de contar con más cursos o capacitaciones, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario

Experiencia laboral

En esta sección se deberá proporcionar la información referente a su empleo actual y empleos anteriores, relacionados con las actividades de tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones.

Empleo actual. **Nombre del establecimiento:** Especifique el nombre del establecimiento en el que actualmente labora.

Propietario: Especifique el nombre completo o razón social del propietario del establecimiento en el que actualmente labora.

Periodo: Especifique el periodo laboral (año de inicio - año de término / a la fecha). Ejemplo: 2018 -2024 o 2025 - a la fecha.

Actividades desempeñadas: Indique las actividades desempeñadas en el establecimiento dedicado al servicio de tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones.

Empleo(s) anterior(es). Indique la información solicitada sobre sus empleos anteriores al actual.

Nota: en caso de contar con más empleos previos, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario.



Habilidades

En este apartado coloque las habilidades y las competencias adquiridas en relación al servicio de tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones.

Marcar los recuadros de los siguientes manifiestos como se muestra a continuación (campo obligatorio):

☐ Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que dispongo de la documentación comprobatoria (cursos, constancias y diplomas) que acredita mis conocimientos en primeros auxilios, así como en técnicas de higiene y asepsia, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

Declaro que la presente manifestación me hace responsable de la veracidad y comprobabilidad de la información declarada, y reconozco que la falsedad, alteración u omisión de datos dará lugar a la imposición de las sanciones y medidas de seguridad que correspondan conforme a la legislación vigente.

☐ Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que cuento con los comprobantes de vacunación contra el tétanos y la hepatitis B, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

Declaro que la presente manifestación me hace responsable de la veracidad y comprobabilidad de la información declarada, y reconozco que la falsedad, alteración u omisión de datos dará lugar a la imposición de las sanciones y medidas de seguridad que correspondan conforme a la legislación vigente.

10. Prórroga y/o modificación de la tarjeta de control sanitario de Tatuadores, Micropigmentadores y Perforadores

Marque la opción que corresponda.

Prórroga y/o modificación. Ejemplo:

Seleccione una opción: ☐ Prórroga ☐ Modificación

Número de tarjeta de control sanitario: 33/TT/000X/2025

Número de tarjeta de control sanitario: Coloque el número completo de la tarjeta de control sanitario que se desee prorrogar o modificar.

En la columna Dice / condición autorizada: Anote los datos tal y como se encuentran autorizados en la tarjeta de control sanitario y que desea modificar.

En la columna Debe de decir / condición solicitada: Anote los datos completos como desea que se modifiquen.

Nota: La modificación aplica para aumento o disminución de servicios.

De conformidad con lo establecido en la fracción II del artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo acepto recibir todo tipo de notificaciones referentes al presente trámite a través del correo electrónico: **(Anote el correo electrónico para recibir notificaciones)**

Bajo protesta de decir verdad, la persona que suscribe manifiesta que los datos asentados y la información que se acompaña el presente formulario son ciertos y comprobables. El presente trámite se encuentra en proceso de revisión documental por parte del área correspondiente y queda sujeto de las acciones de control o vigilancia sanitaria aplicables, en términos de lo dispuesto en los artículos Artículo 17 bis, fracción VI, de la Ley General de Salud, 1, 2, fracciones II y XI, del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

- » Sí
- » No

Nombre completo y firma del propietario o representante legal o responsable sanitario: Nombre completo sin abreviaturas y firma del responsable sanitario, representante legal o propietario (notificados ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, se encuentra a su disposición el número **800-033-5050** del Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, y en caso de requerir dar seguimiento al trámite enviado al área de Tramitación Foránea, solicite información al correo **tramitacion_foranea@cofepris.gob.mx**.





Guía de llenado para el formato FF-COFEPRIS-01 Autorizaciones y Certificados

En el presente documento encontrará la guía de llenado del formato que deberá presentar con sus solicitudes de trámites correspondientes a autorizaciones como: licencias, permisos, registros y otras autorizaciones, además de solicitudes de certificados.

Para cada trámite que usted realice, deberá presentar un formato de **"Autorizaciones y Certificados"** debidamente requisitado conforme a la Guía de llenado rápido que aparece a continuación, y en su caso las guías técnicas y formatos auxiliares para cada tipo de trámite. Asimismo, deberá presentar el comprobante de "Pago electrónico de derechos, productos y aprovechamiento" esquema e5cinco.

NOTA 1: No se le podrá exigir la presentación de más documentación que la señalada en los Acuerdos de Simplificación aplicables, salvo los previstos en el artículo 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, referente a la acreditación de la personalidad jurídica.

NOTA 2: La documentación debe presentarse por el interesado, representante legal o persona autorizada, conforme a lo previsto en el **artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo**.

1. Solicitud de licencia

1.1 Por modificación

Homoclave

COFEPRIS-05-002

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

Modificación a la licencia sanitaria de establecimientos de insumos para la salud.

Modalidad A.- De tipo administrativo con resolución inmediata.

Giros de establecimientos aplicables:

- Fábrica o Laboratorio de Materias Primas para la Elaboración de Medicamentos o Productos Biológicos para Uso Humano.
- Fábrica o Laboratorio de Medicamentos o Productos Biológicos, para Uso Humano.
- Laboratorio de Control Químico, Biológico, Farmacéutico o de Toxicología, para el Estudio, Experimentación de Medicamentos y Materias Primas, o Auxiliar de la Regulación Sanitaria.
- Almacén de Acondicionamiento de Medicamentos o Productos Biológicos.
- Almacén de Depósito y Distribución de Medicamentos Controlados o Productos Biológicos, para Uso Humano.
- Centros de Mezcla para la Preparación de Mezclas Parenterales Nutricionales y Medicamentosas.
- Farmacia o Botica (Con Venta de Medicamentos Controlados).
- Droguería o Farmacia Homeopática (Con Preparación de Medicamentos Homeopáticos).

Modificación a la licencia sanitaria de establecimientos de insumos para la salud.

Modalidad B.- De tipo técnica con dictaminación.

Giros de establecimientos aplicables:

- Fábrica o Laboratorio de Materias Primas para la Elaboración de Medicamentos o Productos Biológicos para Uso Humano.
- Fábrica o Laboratorio de Medicamentos o Productos Biológicos, para Uso Humano.
- Laboratorio de Control Químico, Biológico, Farmacéutico o de Toxicología, para el Estudio, Experimentación de Medicamentos y Materias Primas, o Auxiliar de la Regulación Sanitaria.
- Almacén de Acondicionamiento de Medicamentos o Productos Biológicos.
- Almacén de Depósito y Distribución de Medicamentos Controlados o Productos Biológicos, para Uso Humano.
- Centros de Mezcla para la Preparación de Mezclas Parenterales Nutricionales y Medicamentosas.
- Farmacia o Botica (Con Venta de Medicamentos Controlados).
- Droguería o Farmacia Homeopática (Con Preparación de Medicamentos Homeopáticos).



Contacto



2. Solicitud de permiso de importación o exportación

2.1 Por alta

Homoclave

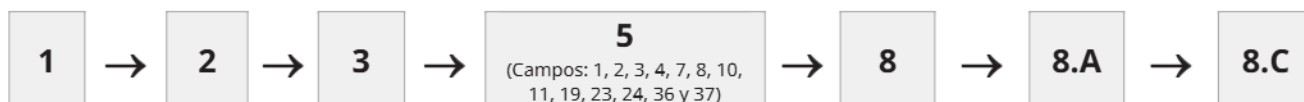
COFEPRIS-01-002

Nombre y guía rápida de llenado

Permiso sanitario de importación de productos.

Para productos:

Para muestras o consumo personal (para donación, consumo personal, investigación científica, pruebas de laboratorio y exhibición):



Homoclave

COFEPRIS-01-009

Nombre y guía rápida de llenado

Permiso sanitario de importación de materias primas o medicamentos que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, que cuenten con registro sanitario.

Para materias primas:



Para materias primas destinadas a la elaboración de medicamentos con registro sanitario:



Para medicamentos con registro sanitario:



Homoclave

Nombre y guía rápida de llenado



Contacto

COFEPRIS-01-010-A

Permiso sanitario de importación de materias primas o medicamentos que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, sin registro sanitario.

Para materias primas destinados a investigación en humanos:



Para materias primas destinados a maquila.



Para medicamentos destinados a tratamientos especiales (en enfermedades de baja incidencia con repercusión social):



Para medicamentos destinados a uso personal:



Para medicamentos destinados a donación:



Para medicamentos y materias primas destinados a pruebas de laboratorio:

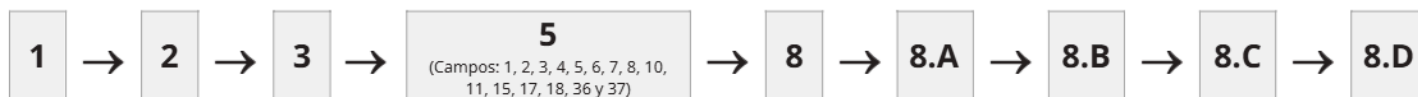


Homoclave

COFEPRIS-01-012

Nombre y guía rápida de llenado

Permiso Sanitario de Importación de Remedios Herbolarios.



Contacto

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.

Homoclave

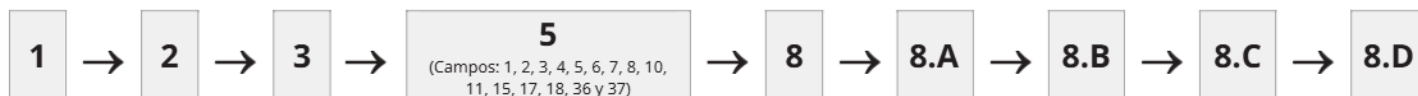
COFEPRIS-01-014

Nombre y guía rápida de llenado

Permiso sanitario de importación de dispositivos médicos que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, que cuenten con registro sanitario.

Para importación de dispositivos médicos que cuenten con registro sanitario (tales como: equipos médicos, aparatos de rayos x, válvulas cardíacas, prótesis internas, marcapasos, prótesis, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos con registro sanitario):

Para importación de fuentes de radiación (incluye reactivos o agentes de diagnóstico con isótopos radiactivos):



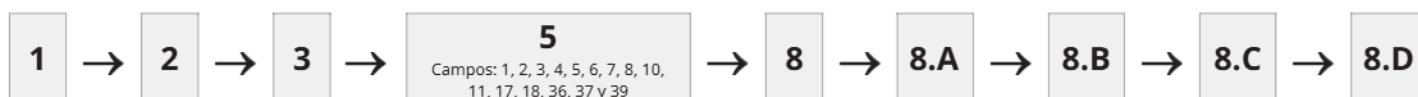
Homoclave

COFEPRIS-01-015

Nombre y guía rápida de llenado

Permiso sanitario de importación de dispositivos médicos que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, sin registro sanitario.

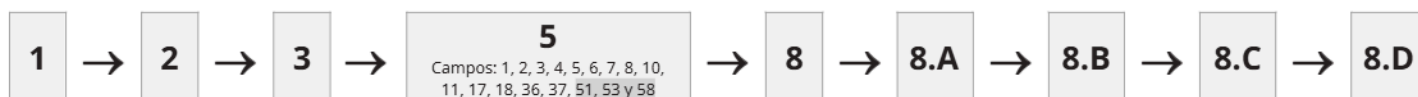
Para dispositivos médicos para maquila:



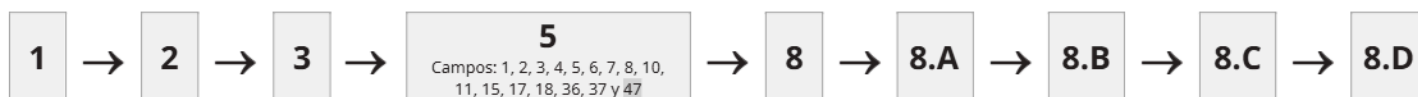
Para dispositivos médicos para uso personal:



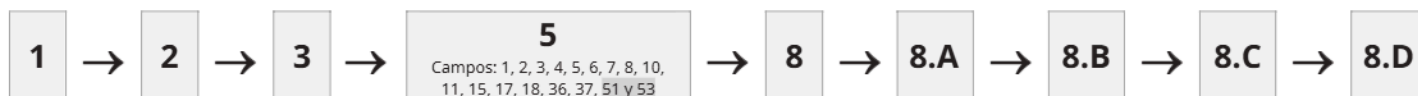
Para dispositivos médicos para uso médico:



Para dispositivos médicos para investigación en humanos:



Para dispositivos médicos para donación:





Para dispositivos médicos, sin registro, usados:



Para dispositivos médicos destinados a pruebas de laboratorio:



Homoclave

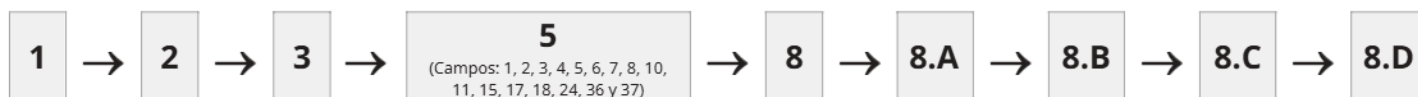
COFEPRIS-01-016

Nombre y guía rápida de llenado

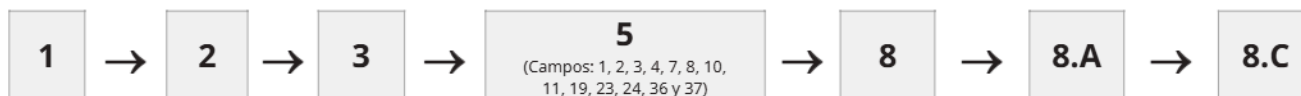
Permiso sanitario de importación por retorno,
Con las opciones:

- Insumos para la salud que No Sean o Contengan Estupefacientes o Psicotrópicos
- Productos

Para la importación por retorno de Insumos para la salud que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos:



Para la importación por retorno de Productos:



2.2 Por modificación

Homoclave

COFEPRIS-01-017

Nombre y guía rápida de llenado

Modificación al permiso sanitario de importación

Para la importación de insumos para la salud que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos:

Para la importación de productos:



Contacto

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.



3. Solicitud de registro

3.1 Registro sanitario de dispositivos médicos

Homoclave

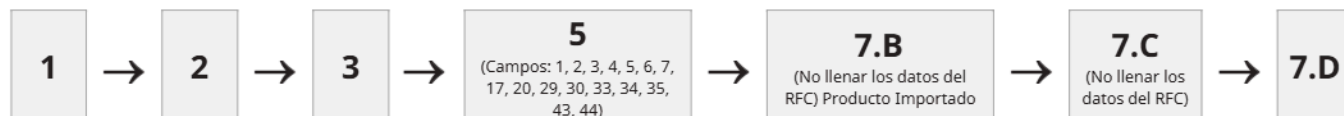
COFEPRIS-04-050

Nombre y guía rápida de llenado

Solicitud de Registro Sanitario de Dispositivos Médicos por Equivalencia de Autoridades Regulatorias de Referencia.

Clase de dispositivo y fabricación (opciones a elegir):

- Productos con Registro Clase I FDA (Acuerdo de Equivalencia E.U.A. y Canadá).
- Productos con Registro Clase II y III FDA (Acuerdo de Equivalencia E.U.A. y Canadá).
- Productos con Registro Clase II, III y IV HEALTH CANADA (Acuerdo de Equivalencia E.U.A. y Canadá).
- Dispositivos médicos controlados designados (clase II con criterio de conformidad establecido) con Certificado Emitido por un Organismo de Certificación Registrado ante el MHLW de Japón (Acuerdo de Equivalencia Japón).
- Dispositivos médicos Clase II (clase II sin criterio de conformidad establecido), III y IV con Carta de Aprobación Emitida por el MHLW de Japón (Acuerdo de Equivalencia Japón).
- Otras Autoridades Regulatorias de Referencia por Acuerdo.



3.2 Registro sanitario de medicamentos

Homoclave

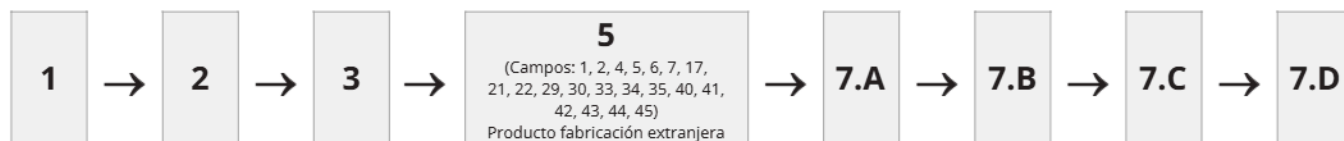
COFEPRIS-04-040

Nombre y guía rápida de llenado

Solicitud de Registro Sanitario de Medicamentos por Equivalencia de Autoridades Regulatorias de Referencia.

Tipo de medicamento y fabricación:

- Molécula nueva. Medicamentos de síntesis química. Fabricación nacional.
- Molécula nueva. Medicamentos de síntesis química. Fabricación extranjera.
- Medicamento genérico. Fabricación nacional.
- Medicamento genérico. Fabricación extranjera.
- Medicamento biotecnológico innovador. Fabricación nacional.
- Medicamento biotecnológico innovador. Fabricación extranjera.
- Medicamento biotecnológico biocomparable. Fabricación nacional.
- Medicamento biotecnológico biocomparable. Fabricación extranjera.
- Producto biológico. Fabricación nacional.
- Producto biológico. Fabricación extranjera.
- Hemoderivados. Fabricación nacional.
- Hemoderivados. Fabricación extranjera.
- Vacunas. Fabricación nacional.
- Vacunas. Fabricación extranjera.



Contacto



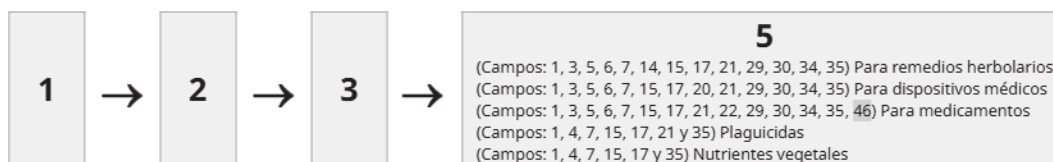
3.3 Por baja

Homoclave

COFEPRIS-04-012

Nombre y guía rápida de llenado

Informe de baja de Registro Sanitario y otras autorizaciones.



4. Solicitud de certificados de exportación

4.1 Por alta o nuevo

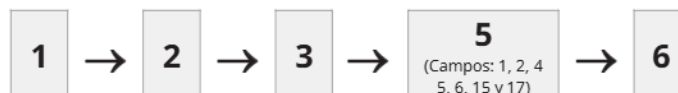
Homoclave

COFEPRIS-05-017

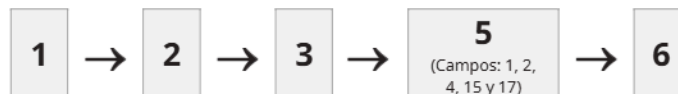
Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

Certificado en apoyo a la exportación de Insumos para la Salud.

Modalidad A.- Medicamentos.



Modalidad B.- Dispositivos Médicos.

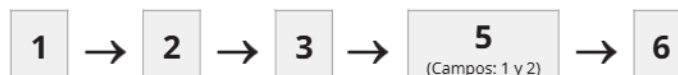


Homoclave

COFEPRIS-07-002

Nombre y guía rápida de llenado

Certificado de Efectividad Bacteriológica (CEB), de equipos o sustancias germicidas para potabilización de agua tipo doméstico.



Contacto

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.

Homoclave

COFEPRIS-07-004

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

Certificación sanitaria de producción y procesamiento de moluscos bivalvos

5 Solicitud de tarjeta de control sanitario

5.1 Por alta o nuevo

Homoclave

COFEPRIS-05-084

Nombre y guía rápida de llenado

Tarjeta de Control Sanitario de Tatuadores, Micropigmentadores y Perforadores.



5.2 Por prórroga o modificación

Homoclave

COFEPRIS-05-087

Nombre y guía rápida de llenado

Prórroga o Modificación a la Tarjeta de Control Sanitario de Tatuadores, Micropigmentadores y Perforadores.

