

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

|                       |
|-----------------------|
| Homoclave del formato |
| FF-COFEPRIS-02        |
| Número de RUPA        |
|                       |

|                              |
|------------------------------|
| Uso exclusivo de la COFEPRIS |
| Número de ingreso            |
|                              |

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

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

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

**1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite**

|            |         |
|------------|---------|
| Homoclave: | Nombre: |
| Modalidad: |         |

**2. Datos del propietario**

| Persona física      |
|---------------------|
| RFC:                |
| CURP (opcional):    |
| Nombre(s):          |
| Primer apellido:    |
| Segundo apellido:   |
| <b>Lada:</b>        |
| <b>Teléfono:</b>    |
| <b>Extensión:</b>   |
| Correo electrónico: |

| Persona moral                                                  |
|----------------------------------------------------------------|
| RFC:                                                           |
| Denominación o razón social:                                   |
| <b>Representante legal o apoderado que solicita el trámite</b> |
| RFC:                                                           |
| CURP (opcional):                                               |
| Nombre(s):                                                     |
| Primer apellido:                                               |
| Segundo apellido:                                              |
| <b>Lada:</b>                                                   |
| <b>Teléfono:</b>                                               |
| <b>Extensión:</b>                                              |
| Correo electrónico:                                            |

**Domicilio fiscal del propietario**

|                                                                                                       |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Código postal:                                                                                        |                  |
| <b>Tipo y nombre de vialidad:</b>                                                                     |                  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)          |                  |
| Número exterior:                                                                                      | Número interior: |
| <b>Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:</b>                                             |                  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |                  |

|                                            |
|--------------------------------------------|
| Localidad:                                 |
| Municipio o alcaldía:                      |
| Entidad Federativa:                        |
| <b>Entre vialidad (tipo y nombre):</b>     |
| <b>Y vialidad (tipo y nombre):</b>         |
| <b>Vialidad posterior (tipo y nombre):</b> |
| <b>Lada:</b>                               |
| <b>Teléfono:</b>                           |
| <b>Extensión:</b>                          |

**“De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)”**

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, **Ciudad de México**,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

## 3. Datos del establecimiento

|                                                                                                                                                    |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| RFC:                                                                                                                                               | Denominación o razón social: |
| Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte: |                              |
| Clave SCIAN                                                                                                                                        | Descripción del SCIAN        |
|                                                                                                                                                    |                              |
|                                                                                                                                                    |                              |
|                                                                                                                                                    |                              |

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

| Horario de operaciones          |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |   |      |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|----|---------|---|---------|---|------|
| D                               | L | M | M | J | V | S | de | HH : MM | a | HH : MM |   |      |
| D                               | L | M | M | J | V | S | de | HH : MM | a | HH : MM |   |      |
| Fecha de inicio de operaciones: |   |   |   |   |   |   |    | DD      | / | MM      | / | AAAA |

## Domicilio del establecimiento

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

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

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

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

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

| Persona autorizada  |
|---------------------|
| CURP (opcional):    |
| Nombre(s):          |
| Primer apellido:    |
| Segundo apellido:   |
| Lada:               |
| Teléfono:           |
| Extensión:          |
| Correo electrónico: |

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

| Persona autorizada  |
|---------------------|
| CURP (opcional):    |
| Nombre(s):          |
| Primer apellido:    |
| Segundo apellido:   |
| Lada:               |
| Teléfono:           |
| Extensión:          |
| Correo electrónico: |

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

## 4. Datos de la ambulancia

Seleccione el tipo de unidad móvil.

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

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

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

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

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.

En caso de modificar los datos del responsable sanitario utilice la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

| Primera columna                                   |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
|---------------------------------------------------|---|---|----------------------------|---|---|-----------------------------------|----|---------|---|---------|--|--|
| <input type="radio"/> Alta                        |   |   | <input type="radio"/> Baja |   |   | <input type="radio"/> A modificar |    |         |   |         |  |  |
| RFC:                                              |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| CURP (opcional):                                  |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Nombre(s):                                        |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Primer apellido:                                  |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Segundo apellido:                                 |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Lada:                                             |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Teléfono:                                         |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Extensión:                                        |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Correo electrónico:                               |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Con título profesional de:                        |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Título profesional expedido por:                  |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Número de cédula profesional:                     |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Con especialidad de:                              |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Título de especialidad expedido por:              |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Número de cédula de la especialidad:              |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Horario de operaciones                            |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| D                                                 | L | M | M                          | J | V | S                                 | de | HH : MM | a | HH : MM |  |  |
| D                                                 | L | M | M                          | J | V | S                                 | de | HH : MM | a | HH : MM |  |  |
| Firma del responsable sanitario                   |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |
| Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja |   |   |                            |   |   |                                   |    |         |   |         |  |  |

| Segunda columna                                                    |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|----|---------|---|---------|--|--|
| <input type="radio"/> Ya modificado                                |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| RFC:                                                               |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| CURP (opcional):                                                   |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Nombre(s):                                                         |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Primer apellido:                                                   |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Segundo apellido:                                                  |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Lada:                                                              |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Teléfono:                                                          |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Extensión:                                                         |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Correo electrónico:                                                |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Con título profesional de:                                         |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Título profesional expedido por:                                   |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Número de cédula profesional:                                      |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Con especialidad de:                                               |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Título de especialidad expedido por:                               |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Número de cédula de la especialidad:                               |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Horario de operaciones                                             |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| D                                                                  | L | M | M | J | V | S | de | HH : MM | a | HH : MM |  |  |
| D                                                                  | L | M | M | J | V | S | de | HH : MM | a | HH : MM |  |  |
| Firma del responsable sanitario:                                   |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |
| Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización |   |   |   |   |   |   |    |         |   |         |  |  |

## 6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).

En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

| Producto o Servicio                               |                                   |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1) Solo llenar este apartado en caso de producto: |                                   |
| <input type="radio"/> Nuevo                       | <input type="radio"/> A modificar |
| <input type="radio"/> Baja                        |                                   |

| Producto o Servicio                               |                                     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Solo llenar este apartado en caso de producto: |                                     |
| <input type="radio"/> Nuevo                       | <input type="radio"/> Ya modificado |
| <input type="radio"/> Baja                        |                                     |

## Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Grupo:

Subgrupo:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

☐ **Persona física**

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

☐ **Persona moral**

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

☐ **Persona física**

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Grupo:

Subgrupo:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

☐ **Persona física**

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

☐ **Persona moral**

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

☐ **Persona física**

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

|                                                                                                         |    |    |    |                                 |    |    |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|---------------------------------|----|----|---|
| <input type="radio"/> <b>Persona moral</b>                                                              |    |    |    |                                 |    |    |   |
| RFC:                                                                                                    |    |    |    |                                 |    |    |   |
| Denominación o razón social:                                                                            |    |    |    |                                 |    |    |   |
| 7) Indique si el producto es nacional o importado:                                                      |    |    |    |                                 |    |    |   |
| <input type="radio"/> Nacional                                                                          |    |    |    | <input type="radio"/> Importado |    |    |   |
| 8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A") |    |    |    |                                 |    |    |   |
| 1                                                                                                       | 2  | 3  | 4  | 5                               | 6  | 7  | 8 |
| 9                                                                                                       | 10 | 11 | 12 | 13                              | 14 | 15 |   |

|                                                                                                         |    |    |    |                                 |    |    |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|---------------------------------|----|----|---|
| <input type="radio"/> <b>Persona moral</b>                                                              |    |    |    |                                 |    |    |   |
| RFC:                                                                                                    |    |    |    |                                 |    |    |   |
| Denominación o razón social:                                                                            |    |    |    |                                 |    |    |   |
| 7) Indique si el producto es nacional o importado:                                                      |    |    |    |                                 |    |    |   |
| <input type="radio"/> Nacional                                                                          |    |    |    | <input type="radio"/> Importado |    |    |   |
| 8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A") |    |    |    |                                 |    |    |   |
| 1                                                                                                       | 2  | 3  | 4  | 5                               | 6  | 7  | 8 |
| 9                                                                                                       | 10 | 11 | 12 | 13                              | 14 | 15 |   |

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

Tabla "A" Proceso

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

## 7. Modificación o actualización de datos para establecimientos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.

En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.

En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

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

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

| Tipo de modificación                                   | Dice                                                                                                  | Debe decir                                                                                            |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Domicilio del establecimiento | Código postal:                                                                                        | Código postal:                                                                                        |
|                                                        | Tipo y nombre de vialidad:                                                                            | Tipo y nombre de vialidad:                                                                            |
|                                                        | (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)          | (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)          |
|                                                        | Número exterior:                                                                                      | Número exterior:                                                                                      |
|                                                        | Número interior:                                                                                      | Número interior:                                                                                      |
|                                                        | Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:                                                    | Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:                                                    |
|                                                        | (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |
|                                                        | Localidad:                                                                                            | Localidad:                                                                                            |
|                                                        | Municipio o alcaldía:                                                                                 | Municipio o alcaldía:                                                                                 |
|                                                        | Entidad Federativa:                                                                                   | Entidad Federativa:                                                                                   |
|                                                        | Entre vialidad (tipo y nombre):                                                                       | Entre vialidad (tipo y nombre):                                                                       |
|                                                        | Y vialidad (tipo y nombre):                                                                           | Y vialidad (tipo y nombre):                                                                           |
|                                                        | Vialidad posterior (tipo y nombre):                                                                   | Vialidad posterior (tipo y nombre):                                                                   |
|                                                        | Lada:                                                                                                 | Lada:                                                                                                 |
| Teléfono:                                              | Teléfono:                                                                                             |                                                                                                       |
| Extensión:                                             | Extensión:                                                                                            |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Horario del establecimiento   | D L M M J V S de HH : MM a HH : MM                                                                    | D L M M J V S de HH : MM a HH : MM                                                                    |
|                                                        | D L M M J V S de HH : MM a HH : MM                                                                    | D L M M J V S de HH : MM a HH : MM                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Clave SCIAN y su descripción  |                                                                                                       |                                                                                                       |

| Tipo de modificación                         | Dice                | Debe decir          |
|----------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Representante legal | CURP (opcional):    | CURP (opcional):    |
|                                              | Nombre(s):          | Nombre(s):          |
|                                              | Primer apellido:    | Primer apellido:    |
|                                              | Segundo apellido:   | Segundo apellido:   |
|                                              | Lada:               | Lada:               |
|                                              | Teléfono:           | Teléfono:           |
|                                              | Extensión:          | Extensión:          |
|                                              | Correo electrónico: | Correo electrónico: |

**Nota:** Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

| Tipo de modificación                        | Dice                | Debe decir          |
|---------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Persona autorizada | CURP (opcional):    | CURP (opcional):    |
|                                             | Nombre(s):          | Nombre(s):          |
|                                             | Primer apellido:    | Primer apellido:    |
|                                             | Segundo apellido:   | Segundo apellido:   |
|                                             | Lada:               | Lada:               |
|                                             | Teléfono:           | Teléfono:           |
|                                             | Extensión:          | Extensión:          |
|                                             | Correo electrónico: | Correo electrónico: |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                              |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Suspensión de actividades<br>De <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/> A <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/> |  | <input type="radio"/> Reinicio de actividades<br>Fecha <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/> | <input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

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

Declaro bajo protesta decir verdad que cumpro con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos? ☐ Sí ☐ No

Nombre completo y firma autógrafa del propietario  
o representante legal

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al **01-800-033-5050** y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al **01-800-420-4224**.

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" Categoría del producto

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

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

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

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx