

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Solicitud de Registro de Comité

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-09
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de ingreso

Antes de llenar este formato, lea cuidadosamente el instructivo 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:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

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

Domicilio fiscal del propietario

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

Localidad:
Municipio o alcaldía:
Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:
Teléfono:
Extensión:

“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:
------	------------------------------

Domicilio del establecimiento

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

4. Integrantes del comité nuevo a modificar o baja

Número de registro de comité a modificar o baja:
<input type="radio"/> Designación de miembros <input type="radio"/> Renuncia de miembros <input type="radio"/> Sustitución de miembros <input type="radio"/> Cambio de domicilio del establecimiento

4.A Presidente del comité

En caso de designación o renuncia del presidente del comité utilice la primera columna.
 En caso de modificar los datos del presidente del comité utilice la columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna	Segunda columna
Solo llenar este apartado en caso de:	Solo llenar este apartado en caso de:
<input type="radio"/> Designación <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Renuncia	<input type="radio"/> Ya modificado
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s):	Nombre(s):
Primer apellido:	Primer apellido:
Segundo apellido:	Segundo apellido:
Lada:	Lada:
Teléfono:	Teléfono:
Extensión:	Extensión:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Profesión:	Profesión:
Científico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Científico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

4.B Secretario del comité

En caso de designación o renuncia del secretario del comité utilice la primera columna.

En caso de modificar los datos del secretario del comité utilice la columna para anotar los datos a actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna
Solo llenar este apartado en caso de: <input type="radio"/> Designación <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Renuncia
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
Profesión:
Científico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Segunda columna
Solo llenar este apartado en caso de: <input type="radio"/> Ya modificado
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
Profesión:
Científico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

4.C Vocales del comité

En caso de designación o renuncia del (los) vocal(es) del comité utilice la primera y segunda columna.

En caso de modificar los datos del (los) vocal(es) del comité utilice la columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados

Primera columna
Solo llenar este apartado en caso de: <input type="radio"/> Designación <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Renuncia
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
Profesión:
Científico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Interno <input type="radio"/> Externo
Institución:

Segunda columna
Solo llenar este apartado en caso de: <input type="radio"/> Designación <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Renuncia
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
Profesión:
Científico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Interno <input type="radio"/> Externo
Intitución:

En caso de requerir más vocales, podrá reproducir este recuadro las veces que sea necesario.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

4.D Usuarios de los servicios de salud y/o miembros de la sociedad civil integrantes del comité:

En caso de designación o renuncia del (los) integrante(s) del comité utilice la primera y segunda columna.

En caso de modificar los datos de (los) integrante(s) del comité utilice la columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados

Primera columna
Solo llenar este apartado en caso de: <input type="radio"/> Designación <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Renuncia
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
Función que desempeña:
<input type="radio"/> Servicios de salud <input type="radio"/> Sociedad civil

Segunda columna
Solo llenar este apartado en caso de: <input type="radio"/> Designación <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Renuncia
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
Función que desempeña:
<input type="radio"/> Servicios de salud <input type="radio"/> Sociedad civil

En caso de requerir ingresar más datos de usuarios, podrá reproducir este recuadro las veces que sea necesario.

4.E Modificación de domicilio

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:	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

5. Presentación de informes

Presidente del comité que presenta el informe anual

RFC:	Firma autógrafa del Presidente del Comité que presenta el Informe Anual :
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Declaro bajo protesta decir verdad, que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite, se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario. (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

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

Nombre **completo** y firma **autógrafa** del titular de la institución o establecimiento

Lugar

Fecha

/	/
DD	MM AAAA

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**.