|  |
| --- |
| **Autorizaciones, Certificados y Visitas** |
| Homoclave del formato |  |  |
| FF-COFEPRIS-01 |  | Uso exclusivo de la COFEPRIS |
| Número de RUPA |  | Número de ingreso |
|  |  |  |

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

Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.

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

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

|  |
| --- |
| 2. Datos del propietario |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  | Representante legal o apoderado que solicita el trámite |
| Segundo apellido: |  |  | RFC: |  |
| Lada: |  |  | CURP (opcional): |  |
| Teléfono: |  |  | Nombre(s): |  |
| Extensión: |  |  | Primer apellido: |  |
| Correo electrónico: |  |  | Segundo apellido: |  |
|  |  |  | Lada: |  |
|  |  | Teléfono: |  |
|  |  | Extensión: |  |
|  |  | Correo electrónico: |  |

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

|  |
| --- |
| 3. Datos del establecimiento |
|  |
| RFC: |  | Denominación o razón social: |  |
| Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte: |
| Clave SCIAN | Descripción del SCIAN |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsable sanitario |  | Sólo para el alta de licencia sanitaria |
| RFC: |  |  | Horario de operaciones: |
| CURP (opcional): |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
|  | HH : MM | HH : MM |
| Nombre(s): |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
|  | HH : MM | HH : MM |
| Primer apellido: |  |  | Fecha de inicio de operaciones: |  |  |  |
|  | DD | MM | AAAA |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

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

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

Nota: Reproducir el apartado de Representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 el apartado de Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.

|  |
| --- |
| 4. Modificación y/o prórroga |
|  |
| Seleccione una opción: |  | Modificación |  | Prórroga |  | Número de documento: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dice / condición autorizada | Debe decir / condición solicitada |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 5. Datos del producto |
|  |
| Producto |  | Producto |
| 1) Nombre de la clasificación del producto o servicio: |  | 1) Nombre de la clasificación del producto o servicio: |
|  |  |  |
| 2) Especificar: |  |  | 2) Especificar: |  |
| 3) Denominación específica del producto: |  | 3) Denominación específica del producto: |
|  |  |  |
| 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: |  | 4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva: |
|  |  |  |
| 5) Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE: |  | 5) Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE: |
|  |  |  |
| 6) Forma farmacéutica o forma física: |  |  | 6) Forma farmacéutica o forma física: |  |
| 7) Tipo de producto: |  |  | 7) Tipo de producto: |  |
| 8) Fracción arancelaria: |  |  | 8) Fracción arancelaria: |  |
| 9) Cantidad de lotes: |  |  | 9) Cantidad de lotes: |  |
| 10) Unidad de medida: |  |  | 10) Unidad de medida: |  |
| 11) Cantidad o volumen total: |  |  | 11) Cantidad o volumen total: |  |
| 12) Número de piezas a fabricar: |  |  | 12) Número de piezas a fabricar: |  |
| 13) Kilogramos o gramos por lote: |  |  | 13) Kilogramos o gramos por lote: |  |
| 14) Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanúmerica: |  | 14) Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanúmerica: |
|  |  |  |
| 15) Número de registro sanitario: |  |  | 15) Número de registro sanitario: |  |
| 16) Número de acta: |  |  | 16) Número de acta: |  |
| 17) Presentación: |  |  | 17) Presentación: |  |
| 18) Uso específico o proceso: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  | 18) Uso específico o proceso: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |  | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |  |  |  |  |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |  |  |  |  |
| 19) Clave del(de los) lote(s): |  |  | 19) Clave del(de los) lote(s): |  |
| 20) Indicaciones de uso: |  |  | 20) Indicaciones de uso: |  |
| 21) Concentración: |  |  | 21) Concentración: |  |
| 22) Indicaciones terapéuticas: |  |  | 22) Indicaciones terapéuticas: |  |
| 23) Fecha de fabricación: |  |  |  |  | 23) Fecha de fabricación: |  |  |  |
| DD | MM | AAAA |  | DD | MM | AAAA |
| 24) Fecha de caducidad: |  |  |  |  | 24) Fecha de caducidad: |  |  |  |
| DD | MM | AAAA |  | DD | MM | AAAA |
| 25) Temperatura de almacenamiento: |  |  | 25) Temperatura de almacenamiento: |  |
| 26) Temperatura de transporte: |  |  | 26) Temperatura de transporte: |  |
| 27) Medio de transporte o aduana de entrada: |  | 27) Medio de transporte o aduana de entrada: |
|  |  |  |
| 28) Identificación de contenedores: |  |  | 28) Identificación de contenedores: |  |
| 29) Envase primario: |  |  | 29) Envase primario: |  |
| 30) Envase secundario: |  |  | 30) Envase secundario: |  |
| 31) Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje: |  | 31) Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje: |
|  |  |  |
| 32) Número de partida: |  |  | 32) Número de partida: |  |
| 33) Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS): |  | 33) Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS): |
|  |  |  |
| 34) Presentación destinada a: |  | 34) Presentación destinada a: |
|  |  Exportación |  |  Genérico |  |  Sector Salud |  |  Venta |  |  |  Exportación |  |  Genérico |  |  Sector Salud |  |  Venta |
| 35) Fabricación del producto: |  | 35) Fabricación del producto: |
|  |  Nacional |  |  Extranjero |  |  |  Nacional |  |  Extranjero |
| 36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT): |  | 36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT): |
|  |  |  |
| 37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE: |  | 37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE: |
|  |  |  |
| 38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud: |  | 38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud: |
|  |  |  |
| 39) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación): |  | 39) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación): |
|  |  |  |

Nota: Reproducir datos del producto, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

|  |
| --- |
| 6. Información para certificados |
|  |
| Uso del certificado (para exportación, registro, prórroga y otros): | País destino: |
|  |  |
| Especificar características: |  |
|  |

|  |
| --- |
| 7. Información para protocolo de investigación |
|  |
| Marca el tipo de protocolo a realizar: |  | Nuevo |  | Modificación o enmienda |
| Título del protocolo: |  |
| Vía de administración (medicamentos o dispositivos médicos): |  |
| Nombre del investigador principal: |  |
| Nombre(s) de la(s) institución(es) donde se realizará la investigación: |  |

|  |
| --- |
| 8. Información para registro sanitario de insumos para la salud |
|  |
| 8.A. Para producto maquilado |
|  |
| Persona física |  | Datos del responsable sanitario |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | CURP (opcional): |  |
| Nombre(s): |  |  | Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  |  | Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  |  | Segundo apellido: |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  | Lada: |  |
| Persona moral |  | Teléfono: |  |
| RFC$ :^{(a)}$: |  |  | Extensión: |   |
| Denominación o razón social: |  |  |  Correo electrónico: |  |
|  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |

|  |
| --- |
|  |
| Etapa del proceso de fabricación: |  |
| Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento: |  |

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

|  |
| --- |
| 8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC$:^{(a)}$:$ $ |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |
| Nota: En caso de ser más de un fabricante, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario. |

|  |
| --- |
| 8.C. Datos del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud) |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC$ :^{(a)}$: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud) |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |
| Nota: En caso de ser más de un fabricante o distribuidor, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario. |

|  |
| --- |
| 8.D. Datos del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC$ :^{(a)}$: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |

|  |
| --- |
| 9. Información para importación, exportación y otras autorizaciones |
|  |
| Régimen de importación (sólo para importadores) |  | Temporal |  | Definitiva |  | Depósito fiscal |
| País de origen: |  | País de procedencia: |  |
| País de destino: |  | Aduana de entrada o salida:(Especifique sólo una) |  |

|  |
| --- |
| 9.A. Datos del fabricante |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC$:^{(a)}$: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del fabricante |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |

|  |
| --- |
| 9.B. Datos del proveedor o distribuidor |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC$:^{(a)}$: |  |  | RFC$:^{(a)}$: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del proveedor o distribuidor |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo:Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |

|  |
| --- |
| 9.C. Datos del destinatario (destino final) |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del destinatario (destino final) |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
|  |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |
| (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. |

|  |
| --- |
| 9.D Datos del facturador |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o Razón social$:^{(b)}$: |  |
| Nombre(s)$:^{(b)}$: |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |
| (b) Sólo para insumos para la salud. |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| 10. Información para la autorización de terceros |
|  |
| 10.A. Laboratorio de pruebas |  | 10.B. Unidades de verificación |
|  | Análisis de alimentos, bebidas y suplementos alimenticios y productos de perfumeria y belleza. |  |  | Verificación de establecimientos |
|  | Análisis de medicamentos y dispositivos médicos |  |  | Muestreo |
|  | Análisis de plaguicidas, fertilizantes y nutrientes vegetales |  |  | Otro (especifique): |  |  |
|  |  |
|  | Otro (especifique): |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
| 10.C. Pruebas de intercambiabilidad para medicamentos genéricos intercambiables |  |  |
|  | Unidad clínica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia |  |  |
|  | Unidad analítica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia |  |  |
|  | Unidad analítica para estudios de perfiles de disolución |  |  |

|  |
| --- |
| 11. Datos de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones |
|  |
| Persona física |  |  |
| RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | FOTO |
| Nombre(s): |  |
| Primer apellido: |  |
| Segundo apellido: |  |
| Lada: |   |
| Teléfono: |  |
| Extensión: |  |
| Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
| Horario de operaciones: |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM |
| D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
| HH : MM | HH : MM |
| En caso de prórroga, indique el número de la tarjeta de control sanitario: |
|  |

|  |
| --- |
| Domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  |  | Municipio o alcaldía: |  |
|  |  | Entidad Federativa: |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) |  | País: |  |
| Número exterior: |  | Número interior: |  |  | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: |  |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
|  |  | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos publicos?** |  | **Sí** |  | **No** |

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

Nombre completo y firma autógrafa del propietario

o representante legal o responsable sanitario

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