

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Avisos

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-03
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de ingreso
223300503X0349

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: COFEPRIS-05-003	Nombre: AVISO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA.
Modalidad:	

2. Datos del propietario

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona moral
RFC: HQU830207DZ1
Denominación o razón social: HOSPITALES Y QUIROFANOS SA DE CV
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: ZADJ8510097P6
CURP (opcional):
Nombre(s): JESUS
Primer apellido: ZAVALA
Segundo apellido: DÍAZ DE LEÓN
Lada: 55
Teléfono: 30955371
Extensión:
Correo electrónico: responsablesanitario@hqu.com.mx

03 MAY 2022

"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)"

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 09810

Tipo y nombre de vialidad: CALLE CENTENO

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: 79 Número interior: B

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA GRANJAS ESMERALDA

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad:

Municipio o alcaldía: IZTAPALAPA

Entidad Federativa: CIUDAD DE MEXICO

Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA ERMITA IZTAPALAPA

Y vialidad (tipo y nombre): CALLE CAMPESINOS

Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MAIZ

Lada: 55

Teléfono: 70055023

Extensión:

3. Datos del establecimiento

RFC: HQU830207DZ1 Denominación o razón social: HOSPITALES Y QUIROFANOS SA DE CV

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
433110	COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (CON MANEJO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y/O BIOLÓGICOS)

Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: 09 009 08 0061

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

Responsable sanitario

RFC: ZADJ8510097P6

CURP (opcional):

Nombre(s): JESUS

Primer apellido: ZAVALA

Segundo apellido: DIAZ DE LEON

Horario del establecimiento

Horario de operaciones:

D	L	M	M	J	V	S	de	09:00	a	18:00
								HH:MM		HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de		a	
								HH:MM		HH:MM

Fecha de inicio de operaciones: 11 / 12 / 2019

DD MM AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: 09810

Tipo y nombre de vialidad: CALLE CENTENO

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: 79 Número interior: B

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA GRANJAS ESMERALDA

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad:

Municipio o alcaldía: IZTAPALAPA

Entidad Federativa: CIUDAD DE MEXICO

Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA ERMITA IZTAPALAPA

Y vialidad (tipo y nombre): CALLE CAMPESINOS

Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MAIZ

Lada: 55

Teléfono: 70055023

Extensión:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s): LUIS FERNANDO
Primer apellido: BLANCHET
Segundo apellido: CORDON
Lada: 55
Teléfono: 30955371
Extensión:
Correo electrónico: lblanchet@hqu.com.mx

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.

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s): JUAN JOSE
Primer apellido: BLANCHET
Segundo apellido: CORDON
Lada: 55
Teléfono: 30955371
Extensión:
Correo electrónico: jblanchet@hqu.com.mx

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.

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s): JESUS
Primer apellido: ZAVALA
Segundo apellido: DIAZ DE LEON
Lada: 55
Teléfono: 30955371
Extensión:
Correo electrónico: responsablesanitario@hqu.com.mx

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

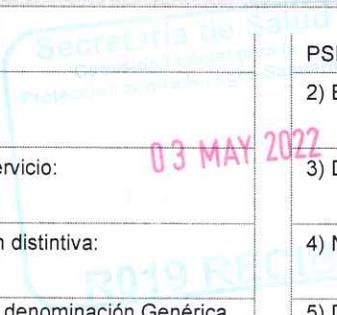
Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

4. Datos del producto

Producto
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:

Producto
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios



ESTUPEFACIENTES

2) Especificar:
FRACCION I

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:

6) Forma farmacéutica o estado físico:

7) Cantidad o volumen total:

8) Unidad de medida:

9) Tipo de producto:

10) Uso específico o proceso:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:

12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:

DD / MM / AAAA

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes:

17) Prórroga de plazo para agotar existencias:

18) Presentación destinada a:

Exportación Sector salud G.I. Venta

19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

22) Descripción o denominación del producto:

PSICOTROPICOS

2) Especificar:
FRACCION II Y III

3) Denominación específica del producto o servicio:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:

5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:

6) Forma farmacéutica o estado físico:

7) Cantidad o volumen total:

8) Unidad de medida:

9) Tipo de producto:

10) Uso específico o proceso:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:

12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta:

DD / MM / AAAA

13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:

14) Fracción arancelaria:

15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:

16) Cantidad de lotes:

17) Prórroga de plazo para agotar existencias:

18) Presentación destinada a:

Exportación Sector salud G.I. Venta

19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

22) Descripción o denominación del producto:

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

4. Datos del producto

Producto																											
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.																											
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio: BIOLOGICOS																											
2) Especificar: TOXOIDES, VACUNAS Y HEMODERIVADOS																											
3) Denominación específica del producto o servicio:																											
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:																											
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:																											
6) Forma farmacéutica o estado físico:																											
7) Cantidad o volumen total:																											
8) Unidad de medida:																											
9) Tipo de producto:																											
10) Uso específico o proceso:	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13															
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26															
11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:																											
12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta: DD / MM / AAAA																											
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:																											
14) Fracción arancelaria:																											
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:																											
16) Cantidad de lotes:																											
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:																											
18) Presentación destinada a: Exportación Sector salud G.I. <input checked="" type="radio"/> Venta																											
19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):																											

Producto																											
Para llenar los incisos 1) y 2) de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.																											
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:																											
2) Especificar:																											
3) Denominación específica del producto o servicio:																											
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:																											
5) Denominación Común Internacional (DCI), denominación Genérica o nombre científico:																											
6) Forma farmacéutica o estado físico:																											
7) Cantidad o volumen total:																											
8) Unidad de medida:																											
9) Tipo de producto:																											
10) Uso específico o proceso:	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13															
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26															
11) Concentración del principio activo y valor total en dolares:																											
12) Fecha a realizar movimiento en caso de importación o exportación o fecha del último balance para aviso de previsión de compra venta: DD / MM / AAAA																											
13) Número de Registro o Autorización Sanitaria o Clave Alfanumérica:																											
14) Fracción arancelaria:																											
15) Presentación farmacéutica o tipo de envase:																											
16) Cantidad de lotes:																											
17) Prórroga de plazo para agotar existencias:																											
18) Presentación destinada a: Exportación Sector salud G.I. Venta																											
19) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):																											

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

22) Descripción o denominación del producto:

20) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

21) Modelo:

22) Descripción o denominación del producto:

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

5. Modificación o actualización de los datos

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 checked="" type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal: 03700	Código postal: 09810
	Tipo y nombre de vialidad: CALLE BARTOLOME E MURILLO <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Tipo y nombre de vialidad: CALLE CENTENO <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
	Número exterior: 44 Número interior:	Número exterior: 79 Número interior: B
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA NONOALCO <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA GRANJAS ESMERALDA <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía: BENITO JUAREZ	Municipio o alcaldía: IZTAPALAPA
	Entidad Federativa: CIUDAD DE MEXICO	Entidad Federativa: CIUDAD DE MEXICO
	Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE MIGUEL ANGEL BOUNARROTI	Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA ERMITA IZTAPALAPA
	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE FRAY ANGELICO	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE CAMPESINOS
	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE VAN DICK	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MAIZ
	Lada: 55	Lada: 55
	Teléfono: 30955371	Teléfono: 70055023
	Extensión:	Extensión:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Teléfono del establecimiento	Lada: 55	Lada: 55
	Teléfono: 30955371	Teléfono: 70055023
	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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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.

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: responsablesanitario@hqu.com.mx	Correo electrónico:

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

Suspensión de actividades
 Reinicio de actividades
 Baja definitiva del establecimiento

De / / A / / Fecha / /

Nota: El cambio de ubicación de un establecimiento con licencia, requiere la solicitud de una nueva licencia. (Artículo 373 de la Ley general de Salud)

6. Datos del responsable sanitario

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:

Segunda columna
<input type="radio"/> Ya modificado
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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										

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										

7. Datos del maquilador

Persona física
RFC:(a):
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Persona moral
RFC:(a):
Denominación o razón social:

Datos del responsable sanitario
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Datos de la maquila

Proceso a maquilar:
Motivo de la maquila:
Tiempo de duración de la maquila:
Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:

Domicilio del maquilador

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

(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.)

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

8. Datos con quien se efectúa la operación de importación o exportación

País de origen:	País de procedencia:
País de destino:	Aduana de entrada o salida: (Especifique sólo una)

8.A. Datos del fabricante

Persona física
RFC:(a):
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC
Denominación o razón social:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Domicilio del fabricante

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:(a):
Entidad Federativa:(a):
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

8.B. Datos del proveedor

Persona física
RFC:(a):
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC:(a):
Denominación o razón social:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio del proveedor

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: ^(a) :
Entidad Federativa: ^(a) :
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

8.C. Datos del facturador o consignatario

Persona física
RFC: ^(a) :
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC: ^(a) :
Denominación o Razón social: ^(b) :

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

(b) Los datos del consignatario aplica únicamente en el trámite de exportación de productos químicos esenciales.

Domicilio del facturador o consignatario

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: ^(a) :
Entidad Federativa: ^(a) :
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

9. Informe anual de la actividad regulada

Datos del establecimiento
Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Datos del establecimiento
Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

