

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
22330050780739

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:	COFEPRIS-05-007-B	Nombre:	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA AL AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y/O RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD
Modalidad:	B: ALMACÉN DE DEPÓSITO Y/O DISTRIBUCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS O REMEDIOS HERBOLARIOS O MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O MATERIA PRIMA PARA MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS.		

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: DIAZ DE LEON
Lada: 55
Teléfono: 70055023
Extensión:
Correo electrónico: jzavala@hqu.com.mx

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:	

"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: 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 FARMACEUTICOS (INCLUYE MEDICAMENTOS Y REMEDIOS HERBOLARIOS. SIN MANEJO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI BIOLÓGICOS)
435313	COMERCIO AL POR MAYOR DE MOBILIARIO, EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO Y DE LABORATORIO (EXCEPTO MUEBLES)

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	09:00 HH : MM	a	18:00 HH : MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM
Fecha de inicio de operaciones:								18 / 09 / 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:

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: 70055023
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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	JUAN JOSE
Primer apellido:	BLANCHET
Segundo apellido:	CORDON
Lada:	55
Teléfono:	70055023
Extensión:	
Correo electrónico:	jblanchet@hqu.com.mx

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

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	JESUS
Primer apellido:	ZAVALA
Segundo apellido:	DIAZ DE LEON
Lada:	55
Teléfono:	70055023
Extensión:	
Correo electrónico:	jzavala@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 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			

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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	
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":	
Categoría:	INSUMOS PARA LA SALUD

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	
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":	
Categoría:	INSUMOS PARA LA SALUD

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Grupo:	DISPOSITIVOS MEDICOS
Subgrupo:	EQUIPO MÉDICO PRÓTESIS, ÓRTESIS Y AYUDAS FUNCIONALES AGENTES DE DIAGNÓSTICO MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN PRODUCTOS HIGIÉNICOS INSUMOS DE USO ODONTOLÓGICO
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:	
<input type="radio"/> Persona física	
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	
<input type="radio"/> Persona moral	
RFC:	
Denominación o razón social:	
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:	
<input type="radio"/> Persona física	
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Grupo:	MEDICAMENTOS
Subgrupo:	MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS FRACCIÓN IV
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:	
<input type="radio"/> Persona física	
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	
<input type="radio"/> Persona moral	
RFC:	
Denominación o razón social:	
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:	
<input type="radio"/> Persona física	
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

☐ Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:

☐ Nacional ☐ 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	

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

☐ Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:

☐ Nacional ☐ 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	

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

Producto o Servicio

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

☐ Nuevo ☐ A modificar ☐ Baja

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

Categoría: INSUMOS PARA LA SALUD

Grupo: MEDICAMENTOS

Subgrupo: MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS FRACCIÓN V

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:

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

☐ Nuevo ☐ Ya modificado ☐ Baja

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

Categoría: INSUMOS PARA LA SALUD

Grupo: MEDICAMENTOS

Subgrupo: MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS FRACCIÓN VI

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:							
Extensión:							
Correo electrónico:							
<input type="radio"/> Persona moral							
RFC:							
Denominación o razón social:							
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:							
<input type="radio"/> Persona física							
RFC:							
CURP (opcional):							
Nombre(s):							
Primer apellido:							
Segundo apellido:							
Lada:							
Teléfono:							
Extensión:							
Correo electrónico:							
<input type="radio"/> Persona moral							
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	

Teléfono:							
Extensión:							
Correo electrónico:							
<input type="radio"/> Persona moral							
RFC:							
Denominación o razón social:							
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:							
<input type="radio"/> Persona física							
RFC:							
CURP (opcional):							
Nombre(s):							
Primer apellido:							
Segundo apellido:							
Lada:							
Teléfono:							
Extensión:							
Correo electrónico:							
<input type="radio"/> Persona moral							
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

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

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"/> Datos del Propietario	Persona física	Persona física
	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:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio del establecimiento	Código postal: 09810	Código postal: 09810
	Tipo y nombre de vialidad: CALLE CENTENO (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Tipo y nombre de vialidad: CALLE CENTENO (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior: 79 Número interior: B	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.)	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:	Localidad:
	Municipio o alcaldía: IZTAPALAPA	Municipio o alcaldía: IZTAPALAPA
	Entidad Federativa: CIUDAD DE MEXICO	Entidad Federativa: CIUDAD DE MEXICO
	Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA ERMITA IZTAPALAPA	Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA ERMITA IZTAPALAPA
	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE CAMPESINOS	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE CAMPESINOS
	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MAIZ	Vialidad posterior (tipo y nombre): CALLE MAIZ
	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

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

☐ Clave SCIAN y su descripción

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Representante legal	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s): JESUS
	Primer apellido:	Primer apellido: ZAVALA
	Segundo apellido:	Segundo apellido: DÍAZ DE LEÓN
	Lada:	Lada: 55
	Teléfono:	Teléfono: 70055023
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico: jzavala@hqu.com.mx
Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Representante legal	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): LUIS FERNANDO	Nombre(s): LUIS FERNANDO
	Primer apellido: BLANCHET	Primer apellido: BLANCHET
	Segundo apellido: CORDON	Segundo apellido: CORDON
	Lada: 55	Lada: 55
	Teléfono: 30955371	Teléfono: 70055023
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico: lblanchet@hqu.com.mx	Correo electrónico: lblanchet@hqu.com.mx
Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Representante legal	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): JUAN JOSE	Nombre(s): JUAN JOSE
	Primer apellido: BLANCHET	Primer apellido: BLANCHET
	Segundo apellido: CORDON	Segundo apellido: CORDON
	Lada: 55	Lada: 55
	Teléfono: 30955371	Teléfono: 70055023
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico: jblanchet@hqu.com.mx	Correo electrónico: jblanchet@hqu.com.mx

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

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): JESUS	Nombre(s):
	Primer apellido: ZAVALA	Primer apellido:
	Segundo apellido: DÍAZ DE LEÓN	Segundo apellido:
	Lada: 55	Lada:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono: 30955371	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.

<input type="radio"/> Suspensión de actividades De <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> </table>	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	<input type="radio"/> Reinicio de actividades Fecha <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> </table>	DD	MM	AAAA	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento
DD	MM	AAAA									
DD	MM	AAAA									
DD	MM	AAAA									

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 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.

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


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

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 Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa
		Gabinetes de diagnóstico	Ultrasonografía
	Servicios de asistencia social	Planificación familiar	
		Salud mental	
		Rehabilitación	
		Atención médica paliativa	
Insumos para la salud	Expendio o suministro al público	Asistencia social	Especificar
		Comercio al por menor de lentes	
	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Remedios herbolarios	
		Dispositivos médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico
	Distribución	Medicamentos	Representante legal en México de una empresa en el extranjero
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Nombre químico de la sustancia
		Medicamentos	Medicamentos alopáticos (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
		Botica	Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Plaguicidas	Químicos Bioquímicos Microbianos Botánicos Misceláneos
		Sustancias tóxicas	Nombre químico de la sustancia tóxica
		Precursor químico y/o producto químico esencial	Nombre del precursor y/o producto químico esencial
		Nutrientes vegetales	Fertilizante Mejorador de suelo Humectante de suelo Inoculante Regulador de crecimiento
		Productos con límite de metales pesados	Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares

