

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
173300518 X 1249

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-05-018	Nombre: AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS
Modalidad:	

2. Datos del propietario

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

Persona moral
RFC: SHH1510206H5
Denominación o razón social: SERVICIOS HOLANDESES HJF, SAPI DE C.V.
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: GAMF7307279E4
CURP (opcional): GAMF730727HNERRR01
Nombre(s): FRANCISCO JAVIER
Primer apellido: GRAGEDA
Segundo apellido: MARMOLEJO
Lada: 55
Teléfono: 67955662
Extensión:
Correo electrónico:

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 52990
Tipo y nombre de vialidad: CALLE CAMINO REAL CALACOAYA
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
Número exterior: 52A Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: PUEBLO CALACOAYA
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad:
Municipio o alcaldía: ATIZAPAN DE ZARAGOZA
Entidad Federativa: ESTADO DE MEXICO
Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA GUERRERO
Y vialidad (tipo y nombre): CALLEJON DEL LIENZO
Vialidad posterior (tipo y nombre): CALZADA AILES
Lada: 55
Teléfono: 67955662
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: SHH1510206H5	Denominación o razón social: SERVICIOS HOLANDESES HJF, SAPI DE C.V.
Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:	
Clave SCIAN 431110	Descripción del SCIAN COMERCIO AL POR MAYOR DE ABARROTES

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

Horario de operaciones										
X	X	X	X	X	X	X	de	09:00	a	18:00
								HH : MM		HH : MM
X	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM
								HH : MM		HH : MM
Fecha de inicio de operaciones:								20 /	10 /	2015
								DD	MM	AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: 52990
Tipo y nombre de vialidad: CALLE CAMINO REAL CALACOAYA
<i>Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</i>
Número exterior: 52A Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: POBLO CALACOAYA
<i>Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento (entre otros)</i>

Localidad:	
Municipio o alcaldía:	ATIZAPAN DE ZARAGOZA
Entidad Federativa:	ESTADO DE MEXICO
Entre vialidad (tipo y nombre):	AVENIDA GUERRERO
Y vialidad (tipo y nombre):	CALLEJON DEL LIENZO
Vialidad posterior (tipo y nombre):	CALZADA AILES
Lada:	55
Teléfono:	67955662
Extensión:	

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

Representante legal
CURP (opcional): GAMF730727HNERRR01
Nombre(s): FRANCISCO JAVIER
Primer apellido: GRAGEDA
Segundo apellido: MARMOLEJO
Lada: 55
Teléfono: 67955662
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.



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

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			

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										
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										

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 alta o baja

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

Producto o Servicio

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Nuevo A modificar Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
CARPET CLEANER, LIMPIADOR DE TELAS Y ALFOMBRAS

4) Marca comercial del producto:
LIMPIADOR DE TELAS Y ALFOMBRAS

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:

09 NOV. 2017

Nuevo Ya modificado Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
DEGREASER, DESENGRASANTE

4) Marca comercial del producto:
DESENGRASANTE

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 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	

Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 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

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: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 SANITIZER, SANITIZANTE PARA TODAS LAS AREAS

4) Marca comercial del producto:
 SANITIZANTE

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

RFC: _____
 CURP (opcional): _____

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: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 SINK SANITIZER, SANITIZANTE PARA UTENSILIOS, FRUTAS Y VERDURAS

4) Marca comercial del producto:
 SANITIZANTE PARA TARJAS

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

RFC: _____
 CURP (opcional): _____

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:

Persona moral

RFC:
 Denominación o razón social:

5) 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:

Persona moral

RFC:
 Denominación o razón social:

6) Indique si el producto es nacional o importado:

Nacional

Importado

7) 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	

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:

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

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:

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:



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

Nuevo
 A modificar
 Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
POOL PH, LIMPIADOR DE ALBERCS, CLARIFICANTE, DESINFECTANTE Y ALGUCIDA

4) Marca comercial del producto:
POOL BRIGHT

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:

Nuevo
 Ya modificado
 Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
FLOOR CLEANER, LIMPIADOR DE PISOS

4) Marca comercial del producto:
LIMPIADOR DE PISOS

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:

09 MAY 2017

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

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")

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	

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

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

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":

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

Categoría: PRODUCTOS

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 FLOOR CLEANER LAVANDA, LIMPIADOR DE PISOS LAVANDA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 INDUSTRIAL BASIC, LIMPIADOR DESENGRASANTE BASICO

4) Marca comercial del producto:
 LIMPIADOR DE PISOS LAVANDA

4) Marca comercial del producto:
 LIMPIADOR INDUSTRIAL BASICO

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

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

Persona física

Persona física

RFC:

RFC:

CURP (opcional):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Nombre(s):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:

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	

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:

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

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:

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:



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

Nuevo
 A modificar
 Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
HEAVY INDUSTRIAL, LIMPIADOR DESENGRASANTE FUERTE

4) Marca comercial del producto:
HEAVY INDUSTRIAL

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:

09 NOV. 2011

Nuevo
 Ya modificado
 Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
LAUNDRY SPECIAL CLEANER, DETERGENTE PARA ROPA DE COLORY BLANCA

4) Marca comercial del producto:
LAUNDRY SPECIAL CLEANER

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 Persona moral
 RFC: _____
 Denominación o razón social: _____

Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 Persona moral
 RFC: _____
 Denominación o razón social: _____

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

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	

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

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

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: PRODUCTOS

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

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 LAUNDRY SPECIAL WHITE, DETERGENTE PARA ROPA BLANCA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 INTERIOR CLEANER, LIMPIADOR DE INTERIORES

4) Marca comercial del producto:
 LAUNDRY SPECIAL WHITE

4) Marca comercial del producto:
 LIMPIADOR DE INTERIORES

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

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

RFC: _____

RFC: _____

CURP (opcional): _____

CURP (opcional): _____

Nombre(s): _____

Nombre(s): _____

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:

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	16	17	18	19	20

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

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:

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	16	17	18	19	20

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:

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Nuevo
 A modificar
 Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
RUST & LIME CLEANER, LIMPIADOR DE OXIDO Y SARRO

4) Marca comercial del producto:
RUST & LIME

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:

Nuevo
 Ya modificado
 Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
SANITARY CLEANER, LIMPIADOR SANITARIO

4) Marca comercial del producto:
LIMPIADOR SANITARIO

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

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")

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	

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

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

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: PRODUCTOS

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

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 WINDOW CLEANER, LIMPIADOR DE VIDROS

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 DETERGENTE DE LAVAVAJILLAS MANUAL

4) Marca comercial del producto:
 LIMPIADOR DE VIDRIOS

4) Marca comercial del producto:
 DETERGENTE DE LAVAVAJILLAS

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

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

Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):

Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Primer apellido: _____
 Segundo apellido: _____
 Lada: _____
 Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 Persona moral

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

RFC: _____
 Denominación o razón social: _____
 CURP (opcional): _____
 Nombre(s): _____
 Primer apellido: _____
 Segundo apellido: _____
 Lada: _____
 Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 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	

Primer apellido: _____
 Segundo apellido: _____
 Lada: _____
 Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 Persona moral

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: _____
 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

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:

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Nuevo
 A modificar
 Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
AIRFRESHNER, AROMATIZANTE

4) Marca comercial del producto:
AROMATIZANTE

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:

09 NOV 2014

Nuevo
 Ya modificado
 Baja

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
DEGREASER ULTRA, DESENGRSTANTE VEGETAL FUERTE

4) Marca comercial del producto:
DEGRESASER ULTRA

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

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")

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	

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

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

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: PRODUCTOS

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

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Grupo: PRODUCTOS DE ASEO Y LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

Subgrupo: PRODUCTOS PARA LA LIMPIEZA

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 BRIGHT FLOOR, LIMPIADOR DESENGRASANTE
 ABRILLANTADOR CON TEFLON

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 BABY BRIGHT, LIMPIADOR DESINFECTANTE CON AROMA A BEBE

4) Marca comercial del producto:
 BRIGHT FLOOR

4) Marca comercial del producto:
 BABY BRIGHT

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

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

RFC:

RFC:

CURP (opcional):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Nombre(s):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:
 5) 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:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:
 6) 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	

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:
 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	

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

- | | | | |
|----------------|----------------------|---|-----------------------------------|
| 6. Fabricación | 7. Acondicionamiento | 11. Transporte a temperatura de refrigeración | 15. Gasto o suministro al público |
| 1. 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
	Datos del Propietario	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
	Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	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):	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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
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
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 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):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

	Vialidad posterior (tipo y nombre):										Vialidad posterior (tipo y nombre):																			
	Lada:										Lada:																			
	Teléfono:										Teléfono:																			
	Extensión:										Extensión:																			
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
Clave SCIAN y su descripción																														

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
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
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 checked="" type="radio"/> Suspensión de actividades DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA	<input type="radio"/> Reinicio de actividades Fecha DD / MM / 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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Francisco Javier Grande Marmolejo
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 Tabletas o comprimidos Cápsulas 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 Coctel Destiladas Licor o crema Preparadas
		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. Cafeterías Restaurantes, taquerías, etc. Servicios de banquetes
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Saborizantes Edulcorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones

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	
	Asistencia social	Especificar	
Expendio o suministro al público	Comercio al por menor de lentes		
Insumos para la salud	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) Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbolarios Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos
	Expendio o suministro al público	Farmacia alopática	
		Farmacia homeopática	
Botica			
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

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

- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).

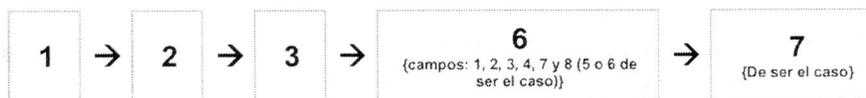
1.2. Por modificación o baja del establecimiento y/o responsable sanitario

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-05-019

Aviso de Modificación al Aviso de Funcionamiento o Baja de Establecimiento de Productos y Servicios



En caso de notificación de nuevo(s) productos, modificación o baja

Requisitos documentales

- ❖ Original y copia simple legible del formato "Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja", debidamente requisitado.
- ❖ Para cambio de representante(s) legal (es):
 - » Original y copia legible del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público de (los) representante (s) legal (es) (Artículo 15, Ley Federal de Procedimiento Administrativo).
 - » Copia legible de identificación oficial del representante legal. (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- ❖ En caso de Personas Físicas:
 - » Copia legible de identificación oficial del propietario (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- ❖ Para cambio de Persona Autorizada:
 - » Copia legible de identificación oficial con fotografía de la(s) persona(s) autorizada(s) (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).

NOTA: Para el caso de Instituciones públicas adjuntar la documentación conforme a lo siguiente:

- » Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- » Copia legible del nombramiento o gaceta o reglamento interno de la institución que representa
- » Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- » Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).