gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Denuncia Sanitaria
(Acción popular)

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-12
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.
Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave y nombre del trámite

Homoclave: COFEPRIS-08-002	Nombre: Denuncia sanitaria (Acción popular)

2. Denuncia de:

☐ Establecimiento ☐ Producto ☐ Publicidad

☐ Otros (especifique): _____

3. Datos del denunciante

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
Edad:
Sexo: ◯ Hombre ◯ Mujer

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

"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

Domicilio del denunciante

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, sección, sector, entre otros.)	

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

4. Datos del establecimiento denunciado (lugar de compra y/o prestación de servicio).

RFC (opcional):	Denominación o razón social:

Domicilio del establecimiento denunciado

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, sección, sector, entre otros.)	

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

5. Datos del producto

Nombre del producto:		
Número de lote:		
Marca:		
¿Cuenta con el producto?	◯ Si	◯ No
En caso negativo indicar si lo devolvio	◯ Si	◯ No

Presentación:	
Uso del producto:	
Fecha de caducidad o de consumo preferente:	DD / MM / AAAA
Fecha de adquisición del producto:	DD / MM / AAAA
Número de registro sanitario (medicamento, plaguicida, nutrientes vegerales, remedios herbolarios y/o dispositivos médicos):	

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

6. Datos del fabricante, distribuidor y/o importador

Datos del fabricante

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

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

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, sección, sector, entre otros.)	

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

Datos del distribuidor y/o importador

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

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

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

Domicilio del distribuidor y/o importador

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

7. Para el caso de publicidad, favor de proporcionar la siguiente información:

Nombre de la publicidad:

Seleccione un medio publicitario.

○ Internet:	Ruta o URL:		Fecha:	DD / MM / AAAA
○ Periódico:	Nombre impreso del medio y página:		Fecha de publicación:	DD / MM / AAAA
○ Radio:	Capture el número de la estación (F.M. o A.M.):		Tipo: ○ Privado ○ Público	
	Fecha: DD / MM / AAAA		Municipio o alcaldía:	
	Hora: de HH : MM a HH : MM		Entidad Federativa:	
○ Revista:	Nombre impreso del medio y página:		Fecha de publicación:	DD / MM / AAAA
○ Televisión:	Capture el número del canal:		Tipo: ○ Privado ○ Público	
	Fecha: DD / MM / AAAA		Municipio o alcaldía:	
	Hora: de HH : MM a HH : MM		Entidad Federativa:	
○ Otro:	Descripción:		Responsable de la publicación:	
	Domicilio de donde se adquirío la publicación:			
	Código postal:		Entre vialidad (tipo y nombre):	
	Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)		Y vialidad (tipo y nombre):	
			Vialidad posterior (tipo y nombre):	
	Localidad:		Lada:	
	Municipio o alcaldía:		Teléfono:	
	Entidad Federativa:		Extensión:	

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

8. Anexos

Seleccione el(los) anexo(s) que adjuntara a su denuncia.

- ☐ Comprobante de pago
- ☐ Receta médica
- ☐ Nota de remisión
- ☐ Factura de la compra
- ☐ Contratación del servicio
- ☐ Publicidad
- ☐ Muestra de etiqueta
- ☐ Otro (especifique): _____

9. Descripción de la denuncia

Razón de la denuncia sanitaria:

Declaro bajo protesta sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario.(Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

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

_____
Firma autógrafa del denunciante

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**.

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