gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Otros Trámites

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-05
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, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	Nombre:
Modalidad:	

2. Datos del establecimiento

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

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:

Llenar solo en caso de establecimientos con manejo de psicotrópicos o estupefacientes

Responsable sanitario
RFC:

Número de Licencia Sanitaria

"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 establecimiento

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:

3. Aviso de perdida o desvio de:

◯ Psicotrópicos ◯ Estupefacientes ◯ Químicos esenciales ◯ Precursores químicos

Especificar el tipo de perdida o la actividad irregular:

◯ Volumen extraordinario ◯ Desaparición ◯ Robo ◯ Merma inusual

3.A. Datos del producto

Denominación Común Internacional (DCI) o denominación genérica o nombre científico:	Denominación distintiva: (Sólo para medicamentos)	Forma famacéutica y presentación: (Sólo para medicamentos)
Número de registro sanitario:	Cantidad o volumen extraordinario, desaparecido, robo o merma inusual:	Unidad de medida (kg/L):
Señale la actividad en la que se presentó el volumen extraordinario, la desaparición, robo o merma inusual: (Sólo precursores químicos y químicos esenciales)		Lugar:
		Hora: HH : MM
		Fecha: ___/___/___ DD MM AAAA

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

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

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

_____

Nombre completo y firma autógrafa del propietario
o representante legal o responsable sanitario

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

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

4. Certificados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento

◯ Nuevo		◯ Baja	
◯ Privado	☐ Condición sanitaria del pozo	Especifique su uso:	◯ Industrial ◯ Humano
	☐ Calidad sanitaria del agua para uso y consumo humano	Especifique su uso:	◯ Industrial ◯ Humano
◯ Público	☐ Condición sanitaria del sistema de abastecimiento y calidad sanitaria del agua para el uso humano		

4.A. Abastecimieto privado

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

Número de la licencia sanitaria:
Número o clave del pozo:

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:

Domicilio del establecimiento

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.B. Abastecimiento público

Entidad Federativa:	Municipio o alcaldía:	Localidad:	Número de habitantes:
Nombre del sistema:	Nombre del organismo operador:	Fecha de inicio de operaciones: DD / MM / AAAA	

Horas de servicio:				Población servida:	Hidratantes:
de	HH : MM	a	HH : MM		
de	HH : MM	a	HH : MM		
Dotación: _____ (L/ habitante /día)				Fuentes de abastecimiento: ◯ Superficial _____ L/s ◯ Subterránea _____ L/s	Tipo de mantenimiento:

4.B.1. Obras de captación

Denominación de la empresa:	Número de obra o caja de captación:	Denominación o número de pozo:
Denominación o número de galeria filtrante:	Denominación o número de manantial:	

Conducción: ◯ Bombeo ◯ Gravedad ◯ Mixto	Procesos de tratamiento:	Tanques (cantidad, capacidad y función):

Caracteristicas de la red:	Material:	Presión máxima:	Presión mínima:	Longitud:

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

4.B.2. Contaminación

Lugar de contaminación:	Origen de la contaminación:	Tipo de contaminantes:
Número de análisis fisicoquímicos y microbiológicos realizados en el sistema:	Procedencia análisis fisicoquímicos y bacteriológicos:	
Observaciones:		

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

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

_____

Nombre completo y firma autógrafa
del responsable del sistema

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

5. Permiso de recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes

◯ Permiso	◯ Aviso de pérdida o robo	◯ Actualización de recetarios
Número de folios de los recetarios especiales con código de barras:	Del:	Al:

Datos del médico

RFC:	Titulo profesional de:
CURP (opcional):	Número de cédula profesional:
Nombre(s):	Expedidos por:
Primer apellido:	Especialidad:
Segundo apellido:	Expedida por:
	Correo electrónico:

Domicilio del médico

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

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

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

_____

Nombre completo y firma autógrafa
del médico solicitante

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