gob.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Solicitud de Registro de Comité

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-09
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

Antes de llenar este formato, lea cuidadosamente el instructivo 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:	Nombre:
Modalidad:	

2. Datos del propietario

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:

Domicilio fiscal del propietario

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

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

3. Datos del establecimiento

RFC:	Denominación o razón social:

Domicilio del establecimiento

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 entre otros.)	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

4. Integrantes del comité nuevo a modificar o baja

Número de registro de comité a modificar o baja:

◯ Designación de miembros ◯ Renuncia de miembros ◯ Sustitución de miembros ◯ Cambio de domicilio del establecimiento

4.A Presidente del comité

En caso de designación o renuncia del presidente del comité utilice la primera columna.
En caso de modificar los datos del presidente del comité utilice la columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna	Segunda columna
Solo llenar este apartado en caso de: ◯ Designación ◯ A modificar ◯ Renuncia	Solo llenar este apartado en caso de: ◯ Ya modificado
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:
Profesión:	Profesión:
Científico ◯ Sí ◯ No	Científico ◯ Sí ◯ No

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 Secretario del comité

En caso de designación o renuncia del secretario del comité utilice la primera columna.
En caso de modificar los datos del secretario del comité utilice la columna para anotar los datos a actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna	Segunda columna
Solo llenar este apartado en caso de: ◯ Designación ◯ A modificar ◯ Renuncia	Solo llenar este apartado en caso de: ◯ Ya modificado
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:
Profesión:	Profesión:
Científico ◯ Sí ◯ No	Científico ◯ Sí ◯ No

4.C Vocales del comité

En caso de designación o renuncia del (los) vocal(es) del comité utilice la primera y segunda columna.
En caso de modificar los datos del (los) vocal(es) del comité utilice la columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados

Primera columna	Segunda columna
Solo llenar este apartado en caso de: ◯ Designación ◯ A modificar ◯ Renuncia	Solo llenar este apartado en caso de: ◯ Designación ◯ Ya modificado ◯ Renuncia
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:
Profesión:	Profesión:
Científico ◯ Sí ◯ No	Científico ◯ Sí ◯ No
◯ Interno ◯ Externo	◯ Interno ◯ Externo
Institución:	Intitución:

En caso de requerir más vocales, podrá reproducir este recuadro las veces que 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

4.D Usuarios de los servicios de salud y/o miembros de la sociedad civil integrantes del comité:

En caso de designación o renuncia del (los) integrante(s) del comité utilice la primera y segunda columna.
En caso de modificar los datos de (los) integrante(s) del comité utilice la columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados

Primera columna	Segunda columna
Solo llenar este apartado en caso de: ○ Designación ○ A modificar ○ Renuncia	Solo llenar este apartado en caso de: ○ Designación ○ Ya modificado ○ Renuncia
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:
Función que desempeña:	Función que desempeña:
○ Servicios de salud ○ Sociedad civil	○ Servicios de salud ○ Sociedad civil

En caso de requerir ingresar más datos de usuarios, podrá reproducir este recuadro las veces que sea necesario.

4.E Modificación de domicilio

Tipo de modificación	Dice		Debe decir	
☐ Domicilio del establecimiento	Código postal:		Código postal:	
	Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)		Tipo y nombre de vialidad: (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 de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)		Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (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):	
	Vialidad posterior (tipo y nombre):		Vialidad posterior (tipo y nombre):	
	Lada:		Lada:	
	Teléfono:		Teléfono:	
	Extensión:		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

5. Presentación de informes

Presidente del comité que presenta el informe anual

RFC:	Firma autógrafa del Presidente del Comité que presenta el Informe Anual :
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

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 públicos? ○ **Sí** ○ **No**

_____

Nombre completo y firma autógrafa del titular de la institución o establecimiento

Lugar

_____

Fecha

__ / __ / ____

DD MM AAAA

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