

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:

<input type="checkbox"/> Establecimiento	<input type="checkbox"/> Producto	<input type="checkbox"/> Publicidad
<input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____		

3. Datos del denunciante

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
Edad:
Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> 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:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	Entidad Federativa:
Número exterior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>	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:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	Entidad Federativa:
Número exterior:	Entre vialidad (tipo y nombre):
Número interior:	Y vialidad (tipo y nombre):
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Vialidad posterior (tipo y nombre):
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

5. Datos del producto

Nombre del producto:	Presentación:
Número de lote:	Uso del producto:
Marca:	Fecha de caducidad o de consumo preferente:
¿Cuenta con el producto? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	DD / MM / AAAA
En caso negativo indicar si lo devolvio <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fecha de adquisición del producto:
	DD / MM / AAAA
	Número de registro sanitario (medicamento, plaguicida, nutrientes vegetales, remedios herbolarios y/o dispositivos médicos):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:	
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>	

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:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio del distribuidor y/o importador

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

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

Nombre de la publicidad:																	
Seleccione un medio publicitario.																	
<input type="radio"/> Internet:	<table border="1"> <tr> <td>Ruta o URL:</td> <td>Fecha:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DD / MM / AAAA</td> </tr> </table>	Ruta o URL:	Fecha:		DD / MM / AAAA												
Ruta o URL:	Fecha:																
	DD / MM / AAAA																
<input type="radio"/> Periódico:	<table border="1"> <tr> <td>Nombre impreso del medio y página:</td> <td>Fecha de publicación:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DD / MM / AAAA</td> </tr> </table>	Nombre impreso del medio y página:	Fecha de publicación:		DD / MM / AAAA												
Nombre impreso del medio y página:	Fecha de publicación:																
	DD / MM / AAAA																
<input type="radio"/> Radio:	<table border="1"> <tr> <td>Capture el número de la estación (F.M. o A.M.):</td> <td>Tipo: <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Público</td> </tr> <tr> <td>Fecha:</td> <td>Municipio o alcaldía:</td> </tr> <tr> <td>DD / MM / AAAA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hora: de HH:MM a HH:MM</td> <td>Entidad Federativa:</td> </tr> </table>	Capture el número de la estación (F.M. o A.M.):	Tipo: <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Público	Fecha:	Municipio o alcaldía:	DD / MM / AAAA		Hora: de HH:MM a HH:MM	Entidad Federativa:								
Capture el número de la estación (F.M. o A.M.):	Tipo: <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Público																
Fecha:	Municipio o alcaldía:																
DD / MM / AAAA																	
Hora: de HH:MM a HH:MM	Entidad Federativa:																
<input type="radio"/> Revista:	<table border="1"> <tr> <td>Nombre impreso del medio y página:</td> <td>Fecha de publicación:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DD / MM / AAAA</td> </tr> </table>	Nombre impreso del medio y página:	Fecha de publicación:		DD / MM / AAAA												
Nombre impreso del medio y página:	Fecha de publicación:																
	DD / MM / AAAA																
<input type="radio"/> Televisión:	<table border="1"> <tr> <td>Capture el número del canal:</td> <td>Tipo: <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Público</td> </tr> <tr> <td>Fecha:</td> <td>Municipio o alcaldía:</td> </tr> <tr> <td>DD / MM / AAAA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hora: de HH:MM a HH:MM</td> <td>Entidad Federativa:</td> </tr> </table>	Capture el número del canal:	Tipo: <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Público	Fecha:	Municipio o alcaldía:	DD / MM / AAAA		Hora: de HH:MM a HH:MM	Entidad Federativa:								
Capture el número del canal:	Tipo: <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Público																
Fecha:	Municipio o alcaldía:																
DD / MM / AAAA																	
Hora: de HH:MM a HH:MM	Entidad Federativa:																
<input type="radio"/> Otro:	<table border="1"> <tr> <td>Descripción:</td> <td>Responsable de la publicación:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Domicilio de donde se adquirió la publicación:</td> </tr> <tr> <td>Código postal:</td> <td>Entre vialidad (tipo y nombre):</td> </tr> <tr> <td>Tipo y nombre de vialidad:</td> <td>Y vialidad (tipo y nombre):</td> </tr> <tr> <td><small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small></td> <td>Vialidad posterior (tipo y nombre):</td> </tr> <tr> <td>Localidad:</td> <td>Lada:</td> </tr> <tr> <td>Municipio o alcaldía:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td>Entidad Federativa:</td> <td>Extensión:</td> </tr> </table>	Descripción:	Responsable de la publicación:	Domicilio de donde se adquirió la publicación:		Código postal:	Entre vialidad (tipo y nombre):	Tipo y nombre de vialidad:	Y vialidad (tipo y nombre):	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Localidad:	Lada:	Municipio o alcaldía:	Teléfono:	Entidad Federativa:	Extensión:
Descripción:	Responsable de la publicación:																
Domicilio de donde se adquirió la publicación:																	
Código postal:	Entre vialidad (tipo y nombre):																
Tipo y nombre de vialidad:	Y vialidad (tipo y nombre):																
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Vialidad posterior (tipo y nombre):																
Localidad:	Lada:																
Municipio o alcaldía:	Teléfono:																
Entidad Federativa:	Extensión:																

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**.