

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:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	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):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

3. Aviso de pérdida o desvío de:

☐ Psicotrópicos	☐ Estupefacientes	☐ Químicos esenciales	☐ Precursores químicos
Especificar el tipo de pérdida 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 farmacéutica 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:
			Fecha:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Declaro bajo protesta decir verdad que cumpla 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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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

4.A. Abastecimiento privado

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
Primer apellido:	RFC:
Segundo apellido:	CURP (opcional):
Lada:	Nombre(s):
Teléfono:	Primer apellido:
Extensión:	Segundo apellido:
Correo electrónico:	Lada:
Número de la licencia sanitaria:	Teléfono:
Número o clave del pozo:	Extensión:
	Correo electrónico:

Domicilio del establecimiento

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	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):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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:		Tipo de mantenimiento:	
				☐ Superficial _____ L/s ☐ Subterránea _____ L/s			

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 galería filtrante:			Denominación o número de manantial:		
Conducción: ☐ Bombeo ☐ Gravedad ☐ Mixto		Procesos de tratamiento:		Tanques (cantidad, capacidad y función):	
Características de la red:		Material:		Presión máxima:	
				Presión mínima:	
				Longitud:	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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 recetas especiales con código de barras para prescribir estupefacientes

☐ Permiso ☐ Aviso de pérdida o robo ☐ Actualización de recetas

Número de folios de los recetas especiales con código de barras:

Del:

Al:

Datos del médico

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Título profesional de:

Número de cédula profesional:

Expedidos por:

Especialidad:

Expedida por:

Correo electrónico:

Domicilio del médico

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:

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 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