

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-02
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de ingreso
193300518P0051

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía 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: COFEPRIS-05-018	Nombre: Aviso de Funcionamiento del Establecimiento de Productos y Servicios
Modalidad:	

2. Datos del propietario

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

Persona moral
RFC: EBI 180914 JY4
Denominación o razón social: ELEMENTS BIOSCIENCE SAPI DE CV
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: FOJR 830803 HC6
CURP (opcional):
Nombre(s): Rosendo Emisel
Primer apellido: Fonseca
Segundo apellido: Jaimes
Lada: 55
Teléfono: 3541 8438
Extensión:
Correo electrónico: emiselfonseca@elementsbioscience.com

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 03650
Tipo y nombre de vialidad: Calle Ixcateopan
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
Número exterior: 146 Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Colonia Letrán Valle
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)

Localidad:
Municipio o alcaldía: Benito Juárez
Entidad Federativa: Ciudad de México
Entre vialidad (tipo y nombre): Calle Chichén Itzá
Y vialidad (tipo y nombre): Avenida Pílares
Vialidad posterior (tipo y nombre): Calle Uxmal
Lada: 55
Teléfono: 3541 8438
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)"

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

3. Datos del establecimiento

RFC:	EBI 180914 JY4	Denominación o razón social:	ELEMENTS BIOSCIENCE SAPI DE CV
Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:			
Clave SCIAN	Descripción del SCIAN		
431180	Comercio al por mayor de dulces y materias primas para repostería		
461160	Comercio al por menor de dulces y materias primas para repostería		
431199	Comercio al por mayor de otros alimentos (incluye suplementos alimenticios)		
461190	Comercio al por menor de otros alimentos		
433210	Comercio al por mayor de artículos de perfumería y cosméticos		
431211	Comercio al por mayor de bebidas no alcohólicas y hielo		
461213	Comercio al por menor de bebidas no alcohólicas y hielo		

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

Horario de operaciones										
D	L	M	M	J	V	S	de	09:00 HH : MM	a	14:00 HH : MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM
Fecha de inicio de operaciones:		04 DD	/	03 MM	/	2019 AAAA				

Domicilio del establecimiento

Código postal:	54763	Localidad:	
Tipo y nombre de vialidad:	Calle Independencia	Municipio o alcaldía:	Cuautitlán Izcalli
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)		Entidad Federativa:	Estado de México
Número exterior:	6	Entre vialidad (tipo y nombre):	Calle Juan Aldama
Número interior:		Y vialidad (tipo y nombre):	Calle José Ma. Morelos
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Colonia San Martín Tepetlixpan	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Calle De La Rosa
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)		Lada:	55
		Teléfono:	3541 8438
		Extensión:	

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal	Persona autorizada
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s): Rosendo Emisel	Nombre(s): Irene
Primer apellido: Fonseca	Primer apellido: Barbosa
Segundo apellido: Jaimes	Segundo apellido: Valero
Lada: 55	Lada: 55
Teléfono: 3541 8438	Teléfono: 6416 4046
Extensión:	Extensión:
Correo electrónico: emiselfonseca@elementsbioscience.com	Correo electrónico: irenemex@gmail.com

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

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

Representante legal
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

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

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

4. Datos de la ambulancia

Seleccione el tipo de unidad móvil.

En caso de alta o baja de la ambulancia utilice la primera tabla.

En caso de modificar los datos de la ambulancia utilice la primera tabla para anotar los datos actuales y la segunda tabla para los datos ya modificados.

Primera tabla			
<input type="radio"/> Aérea <input type="radio"/> Marítima <input type="radio"/> Terrestre			
<input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea <input type="radio"/> Marítima <input type="radio"/> Terrestre			
<input type="radio"/> Ya modificado			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

5. Datos del responsable sanitario (excepto para productos y servicios)

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.

En caso de modificar los datos del responsable sanitario utilice la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna												
<input type="radio"/> Alta			<input type="radio"/> Baja			<input type="radio"/> A modificar						
RFC:												
CURP (opcional):												
Nombre(s):												
Primer apellido:												
Segundo apellido:												
Lada:												
Teléfono:												
Extensión:												
Correo electrónico:												
Con título profesional de:												
Título profesional expedido por:												
Número de cédula profesional:												
Con especialidad de:												
Título de especialidad expedido por:												
Número de cédula de la especialidad:												
Horario de operaciones												
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM		
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM		
Firma del responsable sanitario												
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja												

Segunda columna												
<input type="radio"/> Ya modificado												
RFC:												
CURP (opcional):												
Nombre(s):												
Primer apellido:												
Segundo apellido:												
Lada:												
Teléfono:												
Extensión:												
Correo electrónico:												
Con título profesional de:												
Título profesional expedido por:												
Número de cédula profesional:												
Con especialidad de:												
Título de especialidad expedido por:												
Número de cédula de la especialidad:												
Horario de operaciones												
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM		
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM		
Firma del responsable sanitario:												
Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización												

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).
En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría: Productos
Grupo: Alimentos
Subgrupo: Azúcar y productos de confitería
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio: Gomitas
4) Marca comercial del producto: ELEMENTS
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Lada: Teléfono: Extensión: Correo electrónico: <input type="radio"/> Persona moral RFC: Denominación o razón social:
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física RFC:

Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría: Productos
Grupo: Bebidas no alcohólicas
Subgrupo: Bebidas saborizadas
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio: Bebida saborizada lima-limón
4) Marca comercial del producto: ELEMENTS
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Lada: Teléfono: Extensión: Correo electrónico: <input type="radio"/> Persona moral RFC: Denominación o razón social:
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física RFC:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:

Nacional Importado

7) Indique si el producto es nacional o importado:

Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).

En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio	Producto o Servicio
<p>1) Solo llenar este apartado en caso de producto:</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja</p>	<p>1) Solo llenar este apartado en caso de producto:</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja</p>
<p>2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":</p> <p>Categoría:</p> <p style="text-align: center;">Productos</p>	<p>2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":</p> <p>Categoría:</p> <p style="text-align: center;">Productos</p>
<p>Grupo:</p> <p style="text-align: center;">Suplementos alimenticios</p>	<p>Grupo:</p> <p style="text-align: center;">Suplementos alimenticios</p>
<p>Subgrupo:</p> <p style="text-align: center;">Cápsulas</p>	<p>Subgrupo:</p> <p style="text-align: center;">Gotas</p>
<p>3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:</p> <p style="text-align: center;">Suplemento alimenticio Cápsulas de aceite vegetal</p>	<p>3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:</p> <p style="text-align: center;">Suplemento alimenticio Gotas de aceite vegetal</p>
<p>4) Marca comercial del producto:</p> <p style="text-align: center;">ELEMENTS</p>	<p>4) Marca comercial del producto:</p> <p style="text-align: center;">ELEMENTS</p>
<p>5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:</p> <p><input type="radio"/> Persona física</p>	<p>5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:</p> <p><input type="radio"/> Persona física</p>
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:
<input type="radio"/> Persona moral	<input type="radio"/> Persona moral
RFC:	RFC:
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
<p>6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:</p> <p><input type="radio"/> Persona física</p>	<p>6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:</p> <p><input type="radio"/> Persona física</p>
RFC:	RFC:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).
 En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio	Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja	1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría: <p style="text-align: center;">Productos</p> Grupo: <p style="text-align: center;">Productos cosméticos</p> Subgrupo: <p style="text-align: center;">Productos de uso facial y/o corporal</p>	2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría: <p style="text-align: center;">Productos</p> Grupo: <p style="text-align: center;">Productos cosméticos</p> Subgrupo: <p style="text-align: center;">Productos de uso facial y/o corporal</p>
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio: <p style="text-align: center;">Crema facial</p>	3) Denominación genérica y específica del producto o servicio: <p style="text-align: center;">Crema corporal</p>
4) Marca comercial del producto: <p style="text-align: center;">ELEMENTS</p>	4) Marca comercial del producto: <p style="text-align: center;">ELEMENTS</p>
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Lada: Teléfono: Extensión: Correo electrónico: <input type="radio"/> Persona moral RFC: Denominación o razón social:	5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Lada: Teléfono: Extensión: Correo electrónico: <input type="radio"/> Persona moral RFC: Denominación o razón social:
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física RFC:	6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física RFC:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).
 En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio	Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja	1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría:	2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría:
Productos	Productos
Grupo: Productos cosméticos	Grupo: Productos cosméticos
Subgrupo: Productos de uso facial y/o corporal	Subgrupo: Productos para el cabello
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio: Crema contorno de ojos	3) Denominación genérica y específica del producto o servicio: Gel para crecimiento capilar
4) Marca comercial del producto: ELEMENTS	4) Marca comercial del producto: ELEMENTS
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física	5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física
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:
<input type="radio"/> Persona moral	<input type="radio"/> Persona moral
RFC:	RFC:
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física	6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física
RFC:	RFC:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).
En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría: Productos
Grupo: Productos cosméticos
Subgrupo: Productos para el cabello
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio: Suero capilar repigmentante de canas
4) Marca comercial del producto: ELEMENTS
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
<input type="radio"/> Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física
RFC:

Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <input checked="" type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría: Productos
Grupo: Productos cosméticos
Subgrupo: Productos para el cabello
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio: Shampoo
4) Marca comercial del producto: ELEMENTS
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: <input type="radio"/> Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:
<input type="radio"/> Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: <input type="radio"/> Persona física
RFC:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

7) Indique si el producto es nacional o importado:
 Nacional Importado

8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

7. Modificación o actualización de datos para establecimientos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.
 En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.
 En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Datos del Propietario	Persona física	
	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:
	Persona moral	
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>
	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:	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice		Debe decir	
	Persona física		Persona física	
<input type="checkbox"/> Datos del establecimiento	RFC:		RFC:	
	CURP (opcional):		CURP (opcional):	
	Nombre(s):		Nombre(s):	
	Primer apellido:		Primer apellido:	
	Segundo apellido:		Segundo apellido:	
	Denominación o razón social (de ser el caso):		Denominación o razón social (de ser el caso):	
	Lada:		Lada:	
	Teléfono:		Teléfono:	
	Extensión:		Extensión:	
	Correo electrónico:		Correo electrónico:	
	Persona moral		Persona moral	
	RFC:		RFC:	
Denominación o razón social:		Denominación o razón social:		

Tipo de modificación	Dice		Debe decir																			
	<input type="checkbox"/> Domicilio del establecimiento	Código postal:		Código postal:																		
Tipo y nombre de vialidad:		Tipo y nombre de vialidad:																				
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>		<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>																				
Número exterior:		Número interior:	Número exterior:	Número interior:																		
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:		Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:																				
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>		<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>																				
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:																				
<input type="checkbox"/> Horario del establecimiento	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM	D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Clave SCIAN y su descripción

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Representante legal	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:

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Persona autorizada	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:

Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

<input type="radio"/> Suspensión de actividades	<input type="radio"/> Reinicio de actividades	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento
De <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/> A <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>	Fecha <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>	

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados.

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.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial. ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos? Sí No


Rosendo Emijel Fonseca Jaimes
Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal

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**

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" Categoría del producto

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a temperatura ambiente Transporte a temperatura de refrigeración Distribución Expendio o suministro al público Almacenamiento a temperatura ambiente Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación	Alimentos	Carne y sus productos Leche, sus productos y derivados Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Los de la pesca y sus derivados (frescos y congelados) Alimentos congelados Cereales, leguminosas, sus productos y botanas Azúcar y productos de confitería Cacao, café, té y sus derivados Condimentos y aderezos Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y sus productos Frutas, hortalizas y sus derivados Aceites y grasas comestibles Alimentos industrializados Alimentos biotecnológicos Alimentos deshidratados
		Suplementos alimenticios	Polvo para preparar bebidas Cápsulas Tabletas o comprimidos Jarabe
		Bebidas no alcohólicas	Agua envasada (mineral, mineralizada y/o purificada) Jugos y néctares Bebidas adicionadas con cafeína Bebidas saborizadas Polvo o jarabe para preparar bebidas Bebidas para deportistas Hielo potable Nieve Bebidas congeladas
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas Coctel Licor o crema
		Productos cosméticos	Productos para el cabello Productos de uso facial y/o corporal Productos para los ojos y cejas Productos para manos y uñas Productos para los labios Productos de aromacología y aromología (Perfumes y fragancias)
		Productos de aseo y limpieza	Productos especiales para textiles Productos para desobstruir conductos sanitarios Productos para el ambiente Productos para la higiene Productos para la limpieza Productos para protección o acabado lustroso
		Materia prima	Lácteos y cárnicos Aceites y grasas Féculas, harinas y derivados
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores industriales Bares, cantinas, discotecas, etc. Restaurantes, taquerías, etc. Cafeterías Servicios de banquetes
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Saborizantes Edulcorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo	
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general		
		Consultorio de atención médica especializada	Nombre de la especialidad	
		Consultorio de estomatología		
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	Especificar	
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa	
		Gabinetes de diagnóstico	Ultrasonografía	
	Servicios de asistencia social	Planificación familiar		
		Salud mental		
		Rehabilitación		
		Atención médica paliativa		
	Asistencia social	Especificar		
Expendio o suministro al público	Comercio al por menor de lentes			
Insumos para la salud	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Remedios herbolarios		
		Dispositivos médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico	
	Distribución	Medicamentos	Representante legal en México de una empresa en el extranjero	
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Nombre químico de la sustancia	
		Medicamentos	Medicamentos alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público)	
	Expendio o suministro al público	Farmacia alopática	Medicamentos homeopáticos	
Farmacia homeopática		Medicamentos herbolarios		
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Botica	Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos	
		Plaguicidas	Químicos Bioquímicos Microbianos	Botánicos Misceláneos
		Sustancias tóxicas	Nombre químico de la sustancia tóxica	
		Precursor químico y/o producto químico esencial	Nombre del precursor y/o producto químico esencial	
		Nutrientes vegetales	Fertilizante Mejorador de suelo Humectante de suelo	Inoculante Regulador de crecimiento
	Productos con límite de metales pesados	Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares		