



COMERCIALIZADORA
CALIDAD Y CONFIANZA
CONTIGO

XALAPA, VER 23/02/23

A QUIEN CORRESPONDA:

DATOS BANCARIOS

A Nombre de Ivan Antonio Trujillo

Banco Santander México S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Santander México.

Cuenta CLABE

014840200121097676

Número de cuenta

20012109767


**ATENTAMENTE: LIC. IVAN A. TRUJILLO
REPRESENTANTE LEGAL.**

 2283 04 77 51

 truvercomercio@gmail.com

 Av. Miguel Alemán No. 78-B Col. Federal
C.P. 91140 Xalapa Enriquez, Ver.

C16/05N/312/2022

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
223009506B0039

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 05-006-B	Nombre:	AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.
Modalidad:	B ALMACEN DE DEPOSITO Y/O DISTRIBUCIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS O REMEDIOS HERBOLARIOS O MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O MATERIA PRIMA PARA MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS.		

2. Datos del propietario

Persona física	Persona moral
RFC: TUIV9511031U5	RFC:
CURP (opcional): TUXI951103HVZRXXV00	Denominación o razón social:
Nombre(s): IVAN ANTONIO	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
Primer apellido: TRUJILLO	RFC:
Segundo apellido:	CURP (opcional):
Lada: 228	Nombre:
Teléfono: 3047751	Segundo apellido:
Extensión:	Nombre de pila:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Código postal: 91140	Domicilio fiscal del propietario:
Tipo y nombre de vialidad: Avenida Miguel Alemán	Localidad: XALAPA
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Municipio o alcaldía: XALAPA
Número exterior: 78 B	Entidad Federativa: VERACRUZ DE IGANCIO DE LA LLAVE
Número interior:	Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE POPOCATEPETL
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA FEDERAL	Y vialidad (tipo y nombre): CALLE VOLCAN DE COLIMA
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada: 228
	Teléfono: 3047751
	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

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.

Características	Primera tabla		
	Aérea	Marítima	Terrestre
	Alta	Baja	A modificar
	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Características	Segunda tabla		
	Aérea	Marítima	Terrestre
	Ya modificado		
	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

016/jsu/312/2022

<p>1) Solo llenar este apartado en caso de producto: <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: <input 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": Categoría: INSUMOS PARA LA SALUD</p>	<p>2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B": Categoría:</p>
<p>Grupo: DISTRIBUCIÓN</p>	<p>Grupo:</p>
<p>Subgrupo: MEDICAMENTO Y MATERIAL DE CURACIÓN</p>	<p>Subgrupo:</p>
<p>3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:</p>	<p>3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:</p>
<p>4) Marca comercial del producto:</p>	<p>4) Marca comercial del producto:</p>
<p>5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:</p> <p><input checked="" type="radio"/> Persona física</p> <p>RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Lada: Teléfono: Extensión: Correo electrónico:</p> <p><input type="radio"/> Persona moral</p> <p>RFC: Denominación o razón social:</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>RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Lada: Teléfono: Extensión: Correo electrónico:</p> <p><input type="radio"/> Persona moral</p> <p>RFC: Denominación o razón social:</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> <p>RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Lada:</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> <p>RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Lada:</p>

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

RFC:

Denominación o razón social:

RFC:

Denominación o razón social:

Tipo de modificación

Dice

Debe decir

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:

Y vialidad:

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada:

Teléfono:

Extensión:

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:

Y vialidad:

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Domicilio del propietario (domicilio fiscal)



Tipo de modificación

Dice

Debe decir

Persona física

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Denominación o razón social (de ser el caso):

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

Persona moral

RFC:

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Denominación o razón social (de ser el caso):

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Datos del establecimiento

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

C.15/JSV/312/2022

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
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.

Suspensión de actividades
 Reinicio de actividades
 Baja definitiva del establecimiento

De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA
 Fecha 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 de 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 anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos? Si No




 IVAN ANTONIO TRUJILLO

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" (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	Nombre de la especialidad
		Consultorio de atención médica especializada	
		Consultorio de estomatología	
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	
Servicios de salud	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
		Planificación familiar	
		Salud mental	
Servicios de asistencia social	Servicios de asistencia social	Rehabilitación	
		Atención médica paliativa	
		Asistencia social	Especificar
		Comercio al por menor de lentes	
Insumos para la salud	Expendio o suministro al público	Remedios herbolarios	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico Representante legal en México de una empresa en el extranjero
		Dispositivos médicos	
		Medicamentos	Nombre químico de la sustancia Medicamentos alopatícos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público)
		Materias primas para medicamentos	Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbolarios Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos
Insumos para la salud	Expendio o suministro al público	Farmacia alopatíca	Químicos
		Farmacia homeopática	Bioquímicos
		Botica	Microbianos
		Plaguicidas	Botánicos Misceláneos
Salud ambiental	Expendio o suministro al público	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
		Productos con límite de metales pesados	Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares