

Instructivo de llenado del formato Otros Trámites

RUPA: Registro Único de Personas Acreditadas (RUPA), es la interconexión y sistematización informática de los Registros de Personas Acreditadas, que son una inscripción que permite a los particulares (personas físicas y morales) la realización de trámites ante dependencias y organismos descentralizados, a través de un número de identificación único basado en el Registro Federal de Contribuyentes. El RUPA, tiene por objetivo integrar la información gubernamental sobre la constitución y funcionamiento de las empresas. Se entrega una sola vez los documentos correspondientes y se recibe un solo número de registro que sirve para distintos trámites en todas las dependencias del Gobierno Federal. El cual podrá solicitar en la página <http://www.rupa.gob.mx> en donde encontrara toda la información necesaria para realizar este trámite.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Escriba la HOMOCLEAVE, NOMBRE y MODALIDAD DEL TRÁMITE según se describen a continuación:

Aviso:	COFEPRIS-03-009	Aviso de Desvío o Actividad Irregular de Precursores Químicos o Productos Químicos Esenciales
	COFEPRIS-03-020	Aviso de Desvío o Actividad Irregular de Materia Prima, Fármacos o Medicamentos que sean o contengan Estupefacientes o Psicotrópicos
	COFEPRIS-03-007	Aviso de Pérdida o Robo de Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes
Certificados:	COFEPRIS-07-003-A	Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y Consumo Humano, Incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo Humano o para Uso Industrial Modalidad A.- Sistemas de Abastecimiento Privado
	COFEPRIS-07-003-B	Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para Uso y Consumo Humano, Incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo Humano o para Uso Industrial Modalidad B.- Sistemas de Abastecimiento Público
Permisos:	COFEPRIS-03-006-A	Solicitud de Permiso para Utilizar Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes Modalidad A.- Primera Vez
	COFEPRIS-03-006-B	Solicitud de Permiso para Utilizar Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes Modalidad B.- Subsecuente

2. Datos del establecimiento

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono local: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

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

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del propietario.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento (Ejemplo: Farmacia Lupita, Laboratorios Terra, S.A. de C.V., Procesadora de Alimentos S. de R.L. de C.V., etc.)

Representante legal o apoderado que solicita el trámite

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas del representante legal o apoderado que solicita el trámite.

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del representante legal o apoderado que solicita el trámite.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del representante legal o apoderado que solicita el trámite.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del representante legal o apoderado que solicita el trámite.

RFC del Responsable Sanitario: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el responsable sanitario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP). (Llenar solo en caso de establecimientos con manejo de psicotrópicos o estupefacientes)

Número de licencia sanitaria: Número completo de la licencia sanitaria que otorga COFEPRIS. (Llenar solo en caso de establecimientos con manejo de psicotrópicos o estupefacientes)

Domicilio del establecimiento

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior del domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior en el domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento, también anotarlo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento, Por ejemplo: Nápoles, Rancho Las Américas.

Localidad: Localidad del domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, en donde se ubica el domicilio del establecimiento.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento. Por ejemplo Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros se encuentra ubicado el domicilio del establecimiento, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se encuentra ubicado el domicilio del establecimiento.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono local: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

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

3. Aviso de pérdida o desvío de:

Aviso: Desvío o actividad irregular de psicotrópicos, estupefacientes, químicos esenciales o precursores químicos, pérdida o robo de recetas especiales con código de barras para prescribir estupefacientes.

Indique el producto del cual reporta la actividad irregular:

- Psicotrópicos
- Estupefacientes
- Químicos Esenciales
- Precursores Químicos

Indique el tipo de pérdida o la actividad irregular:

- Volumen Extraordinario
- Desaparición
- Robo
- Merma inusual

3.A. Volumen extraordinario, desaparición o merma inusual del producto

Denominación Común Internacional (DCI) o denominación genérica o nombre científico: Para el caso de medicamentos, la DCI ó denominación genérica es el nombre que identifica al fármaco o sustancia activa reconocido internacionalmente y aceptado por la autoridad sanitaria. La denominación genérica es el nombre que recibe un grupo de productos.

Denominación distintiva: Nombre con el que se comercializa el producto. (Sólo para medicamentos).

Forma farmacéutica y presentación: Escriba la forma farmacéutica de la sustancia o producto terminado e indicar la presentación del producto (mg/cápsula, mg/ampolleta, mg/ tableta, etc.)(Sólo para medicamentos).

Número de Registro Sanitario: Número de registro sanitario bajo el cual se encuentra registrado el producto ante la COFEPRIS.

Cantidad o volumen extraordinario desaparecido o robo o merma inusual: Indicar la cantidad o volumen extraordinario desaparecido o robo o merma inusual con número, precisando las unidades de medida utilizadas (Sistema Internacional de Unidades).

Señale la actividad en la que se presentó el volumen extraordinario, la desaparición, robo o merma inusual: Precisar la actividad en la que ocurrió la desaparición o robo o merma inusual del volumen extraordinario:

1. Adquisición

2. Transporte

3. Mezclado

4. Momento de la importación

5. Almacenamiento

6. Envasado

7. Momento de la Exportación

8. Distribución

Lugar: Precisar el lugar en que ocurrió la desaparición o robo o merma inusual del volumen extraordinario.

Hora: Precisar la hora en que ocurrió la desaparición o robo o merma inusual del volumen extraordinario. Ejemplo:

09:00 HH : MM
09:00 HH : MM

Fecha: Precisar la fecha en que ocurrió la desaparición o robo o merma inusual del volumen extraordinario, empezando por el día, mes y año.

Ejemplo:

21 DD	/	07 MM	/	2017 AAAA
-----------------	---	-----------------	---	---------------------

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)

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

Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, usted deberá indicar si está de acuerdo en hacerlos públicos.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?:

- Sí
- No

Nombre completo y firma autógrafa del propietario, o representante legal o responsable sanitario: Nombre completo sin abreviaturas y firma autógrafa del responsable sanitario, representante legal o propietario (notificados ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).

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**.

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

Certificado: Certificado o revalidación de la calidad del agua

Indique la modalidad del certificado:

- **Nuevo:** Emisión del certificado por primera vez
- **Baja:** Cancelación del certificado

Seleccione el tipo de abastecimiento del pozo:

- **Privado**
 - Condición sanitaria del pozo.
 - Calidad sanitaria del agua para uso y consumo humano.

Y para los casos anteriores, seleccione el tipo de uso que se le dará al pozo:

- **Uso Industrial:** Cuando su uso no es para consumo humano.
- **Uso Humano:** Cuando es para uso y consumo humano.

- **Público**
 - Condición sanitaria del sistema de abastecimiento y calidad sanitaria del agua para el uso humano.

4.A. Abastecimiento privado

Persona física

Persona física: Es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre(s): Nombre completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas bajo el cual se encuentra registrado el propietario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)
Teléfono local: 57 31 49 52
Extensión (cuando aplique): 1494

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

Correo electrónico: Dirección del correo electrónico en minúsculas y sin dejar espacios en blanco del propietario.

Número de licencia sanitaria: Número completo de la licencia sanitaria que otorga COFEPRIS.

Número o clave del pozo: Número de pozo o clave del mismo.

Persona moral

Persona moral: Es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil.

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

Denominación o razón social: Nombre completo sin abreviaturas del establecimiento (Ejemplo: Farmacia Lupita, Laboratorios Terra, S.A. de C.V., Procesadora de Alimentos S. de R.L. de C.V., etc.)

Número de licencia sanitaria: Número completo de la licencia sanitaria que otorga COFEPRIS.

Número o clave del pozo: Número de pozo o clave del mismo.

Domicilio del establecimiento

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del establecimiento, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior del domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior en el domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento, también anótarlo.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del establecimiento, Por ejemplo: Nápoles, Rancho Las Américas.

Localidad: Localidad del domicilio donde se encuentra ubicado el establecimiento (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, en donde se ubica el domicilio del establecimiento.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del establecimiento. Por ejemplo Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros se encuentra ubicado el domicilio del establecimiento, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se encuentra ubicado el domicilio del establecimiento.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono local: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

4.B. Abastecimiento público

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se encuentra el domicilio del sistema de abastecimiento. Por ejemplo Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, en donde se ubica el domicilio del sistema de abastecimiento.

Localidad: Localidad donde se encuentra el domicilio del sistema de abastecimiento (cuando aplique).

Número de habitantes: Número de habitantes al cual surte el sistema de abastecimiento.

Nombre del sistema: Nombre del sistema de abastecimiento.

Nombre del organismo operador: Nombre del organismo operador del sistema de abastecimiento.

Fecha de inicio de operaciones: Fecha de apertura del sistema de abastecimiento, empezando por el día, mes y año. Ejemplo:

21	/	07	/	2017
DD		MM		AAAA

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

Horas de servicio: Horario en el cual opera el sistema de abastecimiento. Ejemplo:

de	09:00 HH : MM	a	19:00 HH : MM
de	09:00 HH : MM	a	19:00 HH : MM

Población servida: Población a la cual sirve el sistema de abastecimiento.

Hidrantes: Especificar si el sistema de abastecimiento cuenta con tomas para pipas y tomas domiciliarias.

Dotación: Anote la cantidad de litros por habitante por día.

Fuentes de abastecimiento: Indique las fuentes de abastecimiento y especifique el volumen de agua abastecido (litros por segundo):

- Superficial
- Subterránea

Tipo de mantenimiento: Especificar el tipo de mantenimiento que se le da al sistema de abastecimiento:

1. Preventivo
2. Correctivo

4.B.1. Obras de captación

Denominación de la presa: Nombre o denominación de la presa.

Número de obra o caja de captación: Número de obras con las que cuenta para la captación del agua.

Denominación o número de pozo: Nombre, denominación o número de pozo.

Denominación o número de galería filtrante: Nombre, denominación o número de galería filtrante.

Denominación o número de manantial: Nombre, denominación o número de manantial.

Conducción: Seleccione el tipo de conducción del sistema de abastecimiento:

- Bombeo
- Gravedad
- Mixto

Procesos de tratamiento: Describir el proceso de tratamiento del agua y los reactivos utilizados.

Tanques: Especificar el tipo, número, capacidad y función del (los) tanque(s) utilizado(s) en el sistema de abastecimiento:

1. Elevado
2. Superficial
3. Enterrado

Características de la red: Especificar las características de la red.

Material: Especificar las características del Material del sistema de abastecimiento.

Presión Máxima: Especificar las características de la Presión Máxima.

Presión Mínima: Especificar las características de la Presión mínima.

Longitud: Especificar las características de la Longitud.

4.B.2. Contaminación

Lugar de contaminación: Escribir el lugar en la que se identificaron los puntos de contaminación del sistema:

1. En la fuente
2. En la conducción
3. En los tanques
4. En la captación
5. En el tratamiento
6. En la red

Origen de la contaminación: Escribir el origen de la contaminación:

1. Establecimientos industriales
2. Establecimientos comerciales

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

3. Establecimientos de servicio
4. Origen agrícola
5. Origen doméstico

Tipo de contaminantes: Describir el tipo de contaminantes del sistema de abastecimiento.

Número de análisis fisicoquímicos y microbiológicos realizados en el sistema: Especificar el número de análisis fisicoquímicos y microbiológicos realizados en el sistema.

Procedencia del análisis fisicoquímicos, bacteriológico: Escriba la procedencia del análisis fisicoquímico, análisis bacteriológico:

1. Fuente
2. Conducción
3. Planta
4. Tanques
5. Red
6. Domiciliarias

Observaciones: Anotar observaciones que existan.

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)

Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, usted deberá indicar si está de acuerdo en hacerlos públicos.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?:

- Sí
- No

Nombre completo y firma autógrafa del responsable del sistema: Nombre completo sin abreviaturas y firma autógrafa del responsable del sistema (notificados ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).

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**.

5. Permiso de recetas especiales con código de barras para prescribir estupefacientes

Permiso: Uso de recetas especiales con código de barras para prescribir estupefacientes

seleccione la opción a solicitar:

- **Permiso:** Uso de recetas especiales con código de barras para prescribir estupefacientes.
- **Aviso de pérdida o robo:** Aviso de pérdida o robo de recetas especiales con código de barras para prescribir estupefacientes.
- **Actualización de recetas:** Actualización de recetas especiales con código de barras cuando exista un permiso previo

Número de folio de los recetas especiales con código de barras: Anotar el número de folio de los recetas especiales, folio inicial al folio final para el permiso (ejemplo: Folio 001 al 050; Folio 100 al 150).

En caso de pérdida o robo anotar los números de folio inicial al folio final de(los) receta(s) perdidos o robados. Señalar los hechos o actos de la pérdida o robo. Describa las circunstancias en las que ocurrió la pérdida o robo.

Datos del Médico

RFC: El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual está registrado el responsable sanitario ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHyCP).

CURP (opcional): Clave Única de Registro de Población, sólo para personas físicas.

Nombre: Nombre completo sin abreviaturas del médico responsable para prescribir estupefacientes.

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

Primer apellido: Primer apellido completo sin abreviaturas del médico responsable para prescribir estupefacientes.

Segundo apellido: Segundo apellido completo sin abreviaturas del médico responsable para prescribir estupefacientes.

Título profesional de: Nombre completo sin abreviaturas de la carrera profesional que cursó el médico responsable tal y como aparece en el documento oficial.

Número de cédula profesional: Número de la cédula profesional tal y como aparece en el documento oficial.

Expedidos por: Nombre completo sin abreviaturas de la institución educativa que expidió el Título y cédula profesional. (Por ejemplo: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, etc.).

Especialidad: Nombre completo sin abreviaturas de la especialidad que cursó el médico responsable tal y como aparece en el documento oficial (en su caso).

Expedida por: Nombre completo sin abreviaturas de la institución educativa que expidió el Título y cédula profesional. (Por ejemplo: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, etc.).

Domicilio del Médico

Código postal: Número completo del código postal que corresponda al domicilio del médico.

Tipo y nombre de vialidad: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros donde se ubica el domicilio del médico, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Número exterior: Indique el número exterior del domicilio del médico.

Número interior: En caso de contar con número o letra interior en el domicilio del médico, también anotar.

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Tipo y nombre completo sin abreviaturas del (la) colonia, condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros en donde se ubica el domicilio del médico, Por ejemplo: Nápoles, Rancho Las Américas.

Localidad: Localidad en donde se ubica el domicilio del médico (cuando aplique).

Municipio o alcaldía: Nombre completo sin abreviaturas de la alcaldía o municipio, en donde se ubica el domicilio del médico.

Entidad Federativa: Entidad federativa en donde se ubica el domicilio del médico. Por ejemplo Ciudad de México, Baja California, Estado de México.

Entre vialidad y vialidad (tipo y nombre): Entre que Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros se encuentra ubicado el domicilio del médico, por ejemplo: Avenida Periférico, Cerrada de San Ignacio, Carretera Picacho Ajusco.

Vialidad posterior (tipo y nombre): Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otro posterior a donde se encuentra ubicado el domicilio del médico.

Lada, Teléfono y Extensión: Número(s) telefónico(s), incluyendo clave lada. Ejemplo:

Lada: 01 (55)

Teléfono local: 57 31 49 52

Extensión (cuando aplique): 1494

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)

Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, usted deberá indicar si está de acuerdo en hacerlos públicos.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?:

➤ Sí

➤ No

Nombre completo y firma autógrafa del médico solicitante: Nombre completo sin abreviaturas y firma autógrafa del médico solicitante (notificados ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).

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

Guía de llenado y Requisitos documentales para el formato de Otros Trámites

En el presente documento encontrará la guía de llenado y Requisitos documentales que deberá presentar con sus solicitudes de trámites correspondientes a autorizaciones como: aviso, certificados y permisos.

Para cada trámite que usted realice, deberá presentar un formato de “Otros Trámites” debidamente requisitado conforme a la Guía de llenado rápido que aparece a continuación, y en su caso las guías técnicas y formatos auxiliares para cada tipo de trámite, localizadas al final de esta guía. También el comprobante de “Pago electrónico de derechos, productos y aprovechamiento” esquema e5cinco en un original y dos copias. Una copia se devolverá al usuario quedando el original y la otra copia en la institución donde realice el trámite.

NOTA 1: No se le podrá exigir la presentación de más documentación que la señalada en los requisitos, salvo los previstos en el artículo 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, referente a la acreditación de la personalidad jurídica.

NOTA 2: La documentación debe presentarse por el interesado, representante legal o persona autorizada, conforme a lo previsto en el **artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo**.

1. Aviso

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-03-009	Aviso de Desvío o Actividad Irregular de Precusores Químicos o Productos Químicos Esenciales
COFEPRIS-03-020	Aviso de Desvío o Actividad Irregular de Materia Prima, Fármacos o Medicamentos que sean o contengan Estupefacientes o Psicotrópicos



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Otros Trámites”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Presentar la documentación con la que se tenga el motivo fundado para conciderar que pueda ver desvío de dichas sustancias.(Artículo 60 Reglamento de Insumos para la Salud)

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-03-007	Aviso de Pérdida o Robo de Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes
------------------------	---



Requisitos documentales

- ❖ Formato “Otros Trámites”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Acta levantada ante la autoridad federal de la pérdida o robo del recetario.

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

2. Certificado de la Calidad del Agua y de las Condiciones Sanitarias del Sistema de Abastecimiento:

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-07-003-A Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y Consumo Humano, Incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo Humano o para Uso Industrial
Modalidad A.- Sistemas de Abastecimiento Privado

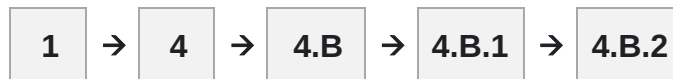
Requisitos documentales

- ❖ Formato "Otros Trámites", debidamente requisitado.
- ❖ Comprobante de pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- ❖ Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-07-003-B Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para Uso y Consumo Humano, Incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo Humano o para Uso Industrial
Modalidad B.- Sistemas de Abastecimiento Público

Requisitos documentales

- ❖ Formato "Otros Trámites", debidamente requisitado..
- ❖ Comprobante de pago de derechos en original y dos copias simples legibles.
- ❖ Documento que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (que indique sus atribuciones y facultades).
- ❖ Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).

4. Permiso de Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes:

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-03-006-A Solicitud de Permiso para Utilizar Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes
Modalidad A.- Primera Vez

Requisitos documentales

- ❖ Formato "Otros Trámites", debidamente requisitado.
- ❖ Recetarios.
- ❖ Copia simple legible de identificación Oficial: (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
- ❖ Escrito en el cual se especifique la designación de los profesionales responsables de la prescripción, en papel membretado y firmado por el director de la institución, cuando se trate de instituciones hospitalarias (original y dos copias).
- ❖ Copia certificada de la cédula profesional que los acredite como profesionales en alguna de las ramas a que se refiere el artículo 50 del Reglamento de Insumos para la Salud (R.I.S.).

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

Homoclave

Nombre, modalidad y guía rápida de llenado

COFEPRIS-03-006-B Solicitud de Permiso para Utilizar Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes
Modalidad B.- Subsecuente

1

→

5

Requisitos documentales

- ❖ Formato "Otros Trámites", debidamente requisitado.
- ❖ Recetarios.

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