|  |
| --- |
| **Denuncia Sanitaria** **(Acción popular)** |
| Homoclave del formato |  |  |
| FF-COFEPRIS-12 |  | Uso exclusivo de la COFEPRIS |
| Número de RUPA |  | Número de ingreso |
|  |  |  |

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.

Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.

El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

|  |
| --- |
| 1. Homoclave y nombre del trámite |
|  |
| Homoclave: | COFEPRIS-08-002 | Nombre: | Denuncia sanitaria (Acción popular) |

|  |
| --- |
| 2. Denuncia de:  |
|  |
|  |  | Establecimiento |  | Producto |  | Publicidad |
|  |  | Otros (especifique):  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 3. Datos del denunciante |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  | Representante legal o apoderado que solicita el trámite |
| Segundo apellido: |  |  | RFC: |  |
| Lada: |  |  | CURP (opcional): |  |
| Teléfono: |  |  | Nombre(s): |  |
| Extensión: |  |  | Primer apellido: |  |
| Correo electrónico: |    |  | Segundo apellido: |  |
| Edad: |  |  | Lada: |  |
| Sexo: |  |  | Hombre |  | Mujer |  | Teléfono: |  |
|  |  |  | Extensión: |  |
|  |  |  | Correo electrónico: |  |

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

|  |
| --- |
| 4. Datos del establecimiento denunciado (lugar de compra y/o prestación de servicio). |
|  |
| RFC (opcional): |  | Denominación o razón social: |  |

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

|  |
| --- |
| 5. Datos del producto |
|  |
| Nombre del producto: |  |  | Presentación: |  |
|  |  | Uso del producto:  |  |
| Número de lote: |  |  | Fecha de caducidad o de consumo preferente: |  |  |  |
| DD | MM | AAAA |
| Marca: |  |  | Fecha de adquisición del producto: |  |  |  |
| DD | MM | AAAA |
| ¿Cuenta con el producto?  |  | Si |  | No |  | Número de registro sanitario (medicamento, plaguicida, nutrientes vegerales, remedios herbolarios y/o dispositivos médicos): |
| En caso negativo indicar si lo devolvio  |  | Si |  | No |  |  |
| 6. Datos del fabricante, distribuidor y/o importador |
|  |
| Datos del fabricante |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC (opcional): |  |  | RFC (opcional): |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| Datos del distribuidor y/o importador |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC (opcional): |  |  | RFC (opcional): |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| 7. Para el caso de publicidad, favor de proporcionar la siguiente información: |
|  |
| Nombre de la publicidad: |  |
|  |
| Seleccione un medio publicitario. |
|  | Internet: | Ruta o URL: |  | Fecha: |  |  |  |
|  |  | DD | MM | AAAA |
|  | Periódico:  | Nombre impreso del medio y página:  |  | Fecha de publicación:  |  |  |  |
|  |
| DD | MM | AAAA |
|  | Radio: | Capture el número de la estación (F.M. o A.M.): |  | Tipo: |  |  | Privado |  | Público |
| Fecha:  |  |  |  | Municipio o alcaldía: |  |
| DD | MM | AAAA |
| Hora: | de |  | a |  | Entidad Federativa: |  |
| HH : MM | HH : MM |
|  | Revista: | Nombre impreso del medio y página:  |  | Fecha de publicación: |  |  |  |
|  |
| DD | MM | AAAA |
|  | Televisión: | Capture el número del canal:  |  | Tipo: |  |  | Privado  |  | Público |
| Fecha:  |  |  |  | Municipio o alcaldía: |  |
| DD | MM | AAAA |
| Hora: | de |  | a |  | Entidad Federativa: |  |
| HH : MM | HH : MM |
|  | Otro: | Descripción: |  | Responsable de la públicación: |  |
| Domicilio de donde se adquirío la públicación: |
| Código postal: |  | Entre vialidad (tipo y nombre): |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  | Y vialidad (tipo y nombre): |  |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros) | Vialidad posterior (tipo y nombre): |  |
| Localidad: |  | Lada: |  |
| Municipio o alcaldía: |  | Teléfono: |  |
| Entidad Federativa: |  | Extensión: |  |
| 8. Anexos |
|  |
| Seleccione el(los) anexo(s) que adjuntara a su denuncia. |
|  | Comprobante de pago  |  | Receta médica  |  | Nota de remisión |  | Factura de la compra |
|  | Contratación del servicio |  | Publicidad |  | Muestra de etiqueta |  |  |
|  | Otro (especifique): |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 9. Descripción de la denuncia |
|  |
| Razón de la denuncia sanitaria: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Declaro bajo protesta sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario.(Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos publicos?** |  | **Sí** |  | **No** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma autógrafa del denunciante

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al **01-800-033-5050** y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al **01-800-420-4224**.