|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otros Trámites** | | |
| Homoclave del formato |  |
| FF-COFEPRIS-05 |  | 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, nombre y modalidad del trámite | | | |
|  | | | |
| Homoclave: |  | Nombre: |  |
| Modalidad: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Datos del establecimiento | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 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: | | |  | |
|  | | | | |  | Lada: | |  | | |
|  | | | | |  | Teléfono: | |  | | |
|  | | | | |  | Extensión: | |  | | |
|  | | | | |  | Correo electrónico: | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Llenar solo en caso de establecimientos con manejo de psicotrópicos o estupefacientes | | | |
| Responsable sanitario | |  | Número de Licencia Sanitaria |
| RFC: |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domicilio del establecimiento | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Aviso de perdida o desvio de: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Psicotrópicos | |  | | Estupefacientes | |  | | Químicos esenciales | |  | | Precursores químicos | |
| Especificar el tipo de perdida o la actividad irregular: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Volumen extraordinario | |  | | Desaparición | |  | | Robo | |  | | Merma inusual | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.A. Datos del producto | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Denominación Común Internacional (DCI) o denominación genérica o nombre científico: | | Denominación distintiva:  (Sólo para medicamentos) | Forma famacéutica y presentación:  (Sólo para medicamentos) | | | |
|  | |  |  | | | |
| Número de registro sanitario: | Cantidad o volumen extraordinario, desaparecido, robo o merma inusual: | | Unidad de medida (kg/L): | | | |
|  |  | |  | | | |
| Señale la actividad en la que se presentó el volumen extraordinario, la desaparición, robo o merma inusual: (Sólo precursores químicos y químicos esenciales) | | | Lugar: |  | | |
|  | | | Hora: |  | | |
| HH : MM | | |
| Fecha: |  | | |
| DD | MM | 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).

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

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

Nombre completo y firma autógrafa del propietario

o representante legal o responsable sanitario

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. Certificados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | Nuevo |  | | Baja | | | | |
|  |  | Privado |  | Condición sanitaria del pozo | | | | Especifique  su uso: | |  | Industrial |  | Humano |
|  |  | Calidad sanitaria del agua para uso y consumo humano | | | | Especifique  su uso: | |  | Industrial |  | Humano |
|  |  | Público |  | Condición sanitaria del sistema de abastecimiento y calidad sanitaria del agua para el uso humano | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.A. Abastecimieto privado | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | |  | |
|  | | | | | | |  | Lada: | |  | | |
| Número de la licencia sanitaria: | | | | | |  |  | Teléfono: | |  | | |
| Número o clave del pozo: | | | | |  | |  | Extensión: | |  | | |
|  | | | | | | |  | Correo electrónico: | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domicilio del establecimiento | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Código postal: |  | | | | | |  | Localidad: | |  | | | | |
| Tipo y nombre de vialidad: | | |  | | | |  | Municipio o alcaldía: | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | 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.B. Abastecimiento público | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad Federativa: | | | | | Municipio o alcaldía: | | | | | | Localidad: | | | | Número de habitantes: | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| Nombre del sistema: | | | | | | | | | | Nombre del organismo operador: | | | | | Fecha de inicio de operaciones: | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| DD | MM | AAAA |
| Horas de servicio: | | | | | | | Población servida: | | | | | | | Hidratantes: | | | |
| de |  | a |  | | | |  | | | | | | |  | | | |
| HH : MM | HH : MM | | | |
| de |  | a |  | | | |
| HH : MM | HH : MM | | | |
| Dotación: | | | | | | | Fuentes de abastecimiento: | | | | | | | Tipo de mantenimiento: | | | |
|  | | | |  | |  |  |  | Superficial | |  | L/s |  |  | | | |
| (L/ habitante /día) | | |  |  | Subterránea | |  | L/s |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.B.1. Obras de captación | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación de la empresa: | | | | | | | | Número de obra o caja de captación: | | | Denominación o número de pozo: | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |
| Denominación o número de galeria filtrante: | | | | | | | | | | Denominación o número de manantial: | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |
| Conducción: | | | | | | | Procesos de tratamiento: | | | | | Tanques (cantidad, capacidad y función): | |
|  | Bombeo |  | Gravedad |  | | Mixto |  | | | | |  | |
| Caracteristicas de la red: | | | | | Material: | | | | Presión máxima: | | | Presión mínima: | Longitud: |
|  | | | | |  | | | |  | | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.B.2. Contaminación | | | |
|  | | | |
| Lugar de contaminación: | Origen de la contaminación: | | Tipo de contaminantes: |
|  |  | |  |
| Número de análisis fisicoquímicos y microbiológicos realizados en el sistema: | | Procedencia análisis fisicoquímicos y bacteriológicos: | |
|  | |  | |
| Observaciones: | | | |
|  | | | |

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario.(Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

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

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

Nombre completo y firma autógrafa

del responsable del sistema

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. Permiso de recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Permiso |  | Aviso de pérdida o robo | | |  | Actualización de recetarios | | |
| Número de folios de los recetarios especiales con código de barras: | | | | Del: |  | | | Al: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datos del médico | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| RFC: |  |  | Titulo profesional de: | |  | | |
| CURP (opcional): |  |  | Número de cédula profesional: | | | |  |
| Nombre(s): |  |  | Expedidos por: |  | | | |
| Primer apellido: |  |  | Especialidad: |  | | | |
| Segundo apellido: |  |  | Expedida por: |  | | | |
| Correo electrónico: | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domicilio del médico | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: |  | | | | | |

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario.(Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

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

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

Nombre completo y firma autógrafa

del médico solicitante

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