|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Secretaría de Salud**  **Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prórroga de Registro Sanitario** | | |
| Homoclave del formato |  |  |
| FF-COFEPRIS-14 |  | Uso exclusivo de la COFEPRIS |
| Acreditación del Signatario o 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 propietario | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 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: | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Prórroga | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Seleccione una opción: |  | Primera |  | Subsecuente |  |
| Seleccione una opción: |  | Medicamentos |  | Dispositivos Médicos |  |
|  | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Número de registro por prorrogar | | |
|  | | |
| 4.1 Clave alfanumérica del registro por prorrogar |  | 4.2 Clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud: |
|  |  |  |

Nota: Reproducir datos del producto, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan 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 públicos?** |  | **Sí** |  | **No** |

***“De conformidad con el artículo 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)”***

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

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 **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 **800-420-4224**.



|  |  |
| --- | --- |
|  | **Contacto:**  Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México,  C.P. 03810.  Teléfono 800-033-5050  contacto@cofepris.gob.mx |