|  |
| --- |
| **Publicidad** |
| Homoclave del formato |  |  |
| FF-COFEPRIS-13 |  | 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 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: |  |
|  |  |  | Lada: |  |
|  |  | Teléfono: |  |
|  |  | Extensión: |  |
|  |  | Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
| Domicilio fiscal del propietario |
|  |
| 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: |  |
|  | Teléfono: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | Extensión: |  |
| 3. Datos del establecimiento |
|  |
| RFC: |  | Denominación o razón social: |  |
| Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte: |
| Clave SCIAN | Descripción del SCIAN |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: |  |

Nota: Si el espacio es insuficiente para las claves SCIAN adicione los renglones necesarios.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsable sanitario |  | Horario de operaciones: |
| RFC: |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
|  | HH : MM | HH : MM |
|  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
|  | HH : MM | HH : MM |
|  | Fecha de inicio de operaciones: |  |  |  |
|  | DD | MM | AAAA |

|  |
| --- |
| 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: |  |
|  | Teléfono: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | Extensión: |  |

|  |
| --- |
| Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s) |
|  |
| Representante legal |  | 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 Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Representante legal |  | 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: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Representante legal |  | 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 Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.

|  |
| --- |
| 4. Datos del producto o servicio |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Producto |  | Producto |
| Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la tabla 4A del instructivo de llenado. |  | Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la tabla 4A del instructivo de llenado. |
| 1) Clasificación del producto o servicio: |  | 1) Clasificación del producto o servicio: |
|  |  |  |
| 2) Especificar: |  |  | 2) Especificar: |  |
| 3) Denominación genérica y específica del producto: |  | 3) Denominación genérica y específica del producto: |
|  |  |  |
| 4) Marca comercial: |  | 4) Marca comercial: |
|  |  |  |
| 5) Forma farmacéutica o estado físico: |  | 5) Forma farmacéutica o estado físico: |
|  |  |  |
| 6) Número de registro o autorización sanitaria o o clave alfanumérica: |  | 6) Número de registro o autorización sanitaria o clave alfanumérica: |
|  |  |

Nota: Para el caso de más de dos productos, reproducir este recuadro, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido por tipo de trámite.

|  |
| --- |
| 4.A. Clasificación de Productos o Servicios: |
| 1) Medicamentos | 4) Productos Biotecnológicos | 7) Plaguicidas | 10) Atención Médica | 13) Bebidas Alcohólicas |
| 2) Remedios Herbolarios | 5) Productos Cosméticos | 8) Nutrientes Vegetales | 11) Alimentos | 14) Procedimientos de Embellecimiento |
| 3) Dispositivos Médicos | 6) Suplementos Alimenticios | 9) Sustancias Tóxicas | 12) Bebidas No Alcohólicas |

|  |
| --- |
| 5. Datos de publicidad |
|  |
| 5.A. Datos de la agencia de publicidad |
|  |
| Persona física |  | Persona Moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio de la agencia de publicidad |
|  |
| 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: |  |
|  | Teléfono: |  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | Extensión: |  |

|  |
| --- |
| 5.B Información de la publicidad |
|  |
| Marque a que público va dirigida la publicidad: |  | Población en General (Masiva) |  | Profesionales de la Salud |
|  |
| Medio publicitario: |  |  | Horario de transmisión: |
| Número de productos o tipo de servicio: |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
|  | HH : MM | HH : MM |
| Duración o Tamaño$:^{(a)}$: |  |  | D | L | M | M | J | V | S | de |  | a |  |
|  | HH : MM | HH : MM |

(a) Excepto para profesionales de la salud.

|  |
| --- |
| 6. Datos del importador, distribuidor y fabricante (Aplica sólo para productos cosméticos) |
|  |
| 6.A. Datos del importador |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC:$ $ |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del 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): |  |
|  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |

|  |
| --- |
| 6.B. Datos del distribuidor |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Domicilio del distribuidor |
|  |
| 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): |  |
|  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |

|  |
| --- |
| 6.C. Datos del fabricante |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC$:^{(b)}$: |  |  | RFC$:^{(b)}$: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

|  |
| --- |
| Domicilio del fabricante |
|  |
| Código postal: |  |  | Localidad$:^{(b)}$: |  |
| Tipo y nombre de vialidad: |  | Municipio o alcaldía$:^{(b)}$: |  |
|  | Entidad Federativa$:^{(b)}$: |  |
| (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): |  |
|  |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) |

 (b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

|  |
| --- |
| 7. Responsable del producto: |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 8. Responsable de la publicidad: |
|  |
| Persona física |  | Persona moral |
| RFC: |  |  | RFC: |  |
| CURP (opcional): |  |  | Denominación o razón social: |  |
| Nombre(s): |  |  |  |
| Primer apellido: |  |  |  |
| Segundo apellido: |  |  |  |  |

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 públicos?** |  | **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**.