gob mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios 045579

Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-02
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

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

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	COFEPRIS 05-019	Nombre:	Aviso de modificacion al aviso de funcionamiento o baja de establecimiento de productos y servicios
Modalidad:			

2. Datos del propietario

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Persona moral
RFC: HME6903276Y5
Denominación o razón social:
HOMECARE DE MEXICO SA DE CV
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: COGJ670505
CURP (opcional):
Nombre(s):James
Primer apellido:Colyer
Segundo apellido:Guzman
Lada:81
Teléfono:83617433
Extensión:114
Correo electrónico:jcolyer@swipe.com.mx

Domicilio fiscal del propietario

Código postal:67188	Localidad: Monterrey
Tipo y nombre de vialidad: Av san sebastian (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Municipio o alcaldía:Guadalupe
Número exterior: 100 Número interior:	Entidad Federativa:Nuevo Leon
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Los Lermas	Entre vialidad (tipo y nombre):Av Senda
	Y vialidad (tipo y nombre):Rio la Silla
	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:81
	Teléfono:83617433

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE INSUMOS PARA LA SALUD
18 ENE 2018
RECIBIDO
CONTROL DE GESTIÓN

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

045579

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Extensión:114

3. Datos del establecimiento

RFC:HME6903276Y5	Denominación o razón social:HOMECARE DE MEXICO SA DE CV

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
325620	Fabricacion de cosmeticos perfume y otras preparaciones de tocador
325610	Fabricacion de jabones limpiadores y dentrificos (solo para jabones y limpiadores)

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

Horario de operaciones											
D	Lx	Mx	Mx	Jx	Vx	S	de	9:00 HH : MM	a	19:00 HH : MM
D	L	M	M	J	V	Sx	de	9:00 HH : MM	a	13:00 HH : MM
Fecha de inicio de operaciones:								27 / 03 / 69 DD MM AAAA		

Domicilio del establecimiento

Código postal:67188	Localidad:Monterrey
Tipo y nombre de vialidad:Av San Sebastian (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Municipio o alcaldía:Guadalupe
Número exterior:100 / Número interior:	Entidad Federativa:Nuevo Leon
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Los Lermas (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Entre vialidad (tipo y nombre):Av Senda
	Y vialidad (tipo y nombre):Rio la Silla
	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:81
	Teléfono:83617433
	Extensión:114

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal	Persona autorizada
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s):James	Nombre(s):Gabriela
Primer apellido:Colyer	Primer apellido:Verastegui
Segundo apellido:Guzman	Segundo apellido:Alvarado
Lada:81	Lada:81
Teléfono:83617433	Teléfono:83617433
Extensión:	Extensión:114
Correo electrónico:jcolyer@swipe.com.mx	Correo electrónico:gaby@swipe.com.mx

Nota: Reproducir los cuadros de representante(s) legal(es) y/o persona(s) autorizada(s), tantas veces como sea necesario.

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN
DIRECCIÓN DE FOMENTO Y CALIDAD

18 ENE 2018

RECIBIDO
CONTROL DE GESTIÓN

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

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

045579

En caso de alta o baja de productos utilice ambas columnas (un producto por columna).
En caso de modificar los datos de productos la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Producto o Servicio	Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto: ● Nuevo ○ A modificar ○ Baja	1) Solo llenar este apartado en caso de producto: ○ Nuevo ○ Ya modificado ○ Baja
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":	2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
Categoría: Productos	Categoría:
Grupo: Productos de aseo y limpieza	Grupo:
Subgrupo: Productos para la higiene	Subgrupo:
3) Denominación genérica y específica del producto o servicio: Desinfectante concentrado	3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
4) Marca comercial del producto: SWIPOL	4) Marca comercial del producto:
5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: ○ **Persona física**	5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila: ○ **Persona física**
RFC:	RFC:
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:
○ **Persona moral**	○ **Persona moral**
RFC:	RFC:
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: ○ **Persona física**	6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora: ○ **Persona física**
RFC:	RFC:

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN DE FOMENTO Y CALIDAD
18 ENE 2016
RECIBIDO
CONTROL DE GESTIÓN

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

045579

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:
○ **Persona moral**	○ **Persona moral**
RFC:	RFC:
Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
7) Indique si el producto es nacional o importado: ● Nacional ○ Importado	7) Indique si el producto es nacional o importado: ○ Nacional ○ Importado
8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")	8) Proceso: (marque cada uno de los procesos que se relacionen con su producto conforme a la tabla "A")

1	2	3	4	5	6x	7x	8x
9	10	11	12x	13x	14	15	

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Nota: Reproducir el recuadro de producto o servicio, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Tabla "A" Proceso

1.	Obtención	5.	Conservación	9.	Manipulación	13.	Almacenamiento a temperatura ambiente
2.	Elaboración	6.	Mezclado	10.	Transporte a temperatura ambiente	14.	Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3.	Fabricación	7.	Acondicionamiento	11.	Transporte a temperatura de refrigeración	15.	Expendio o suministro al público
4.	Preparación	8.	Envasado	12.	Distribución		

7. Modificación o actualización de datos para establecimientos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.
En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.
En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
☐ Datos del Propietario	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN DE FOMENTO Y CALIDAD
18 ENE 2018
RECIBIDO
CONTROL DE GESTIÓN

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

	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono: 045579
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
☐ 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 persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

☐ Suspensión de actividades De ___/___/___ (DD MM AAAA) A ___/___/___ (DD MM AAAA)	☐ Reinicio de actividades Fecha ___/___/___ (DD MM AAAA)	☐ Baja definitiva del establecimiento

Los datos declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente. Asegúrese que sean correctos y mantenerlos actualizados.

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.

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos? ☐ **Sí** ☐ **No**

JAMES COLYER GUZMAN

Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal

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**.

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN DE FOMENTO Y CALIDAD
18 ENE 2018
RECIBIDO
CONTROL DE GESTIÓN