

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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
193300519X4680

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.

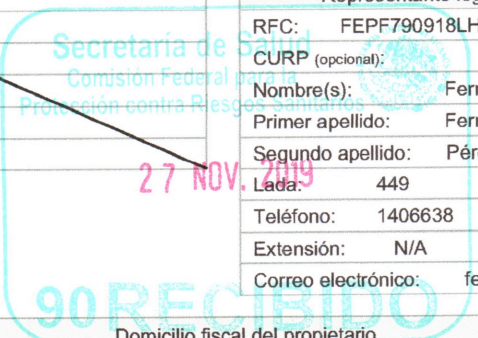
1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS-05-019	Nombre: Aviso de Modificación al Aviso de Funcionamiento o baja de Establecimiento de Productos y Servicios.
Modalidad: N/A	

2. Datos del propietario

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

Persona moral
RFC: TCO161110RP7
Denominación o razón social: TecMS Comercializadora, S.A. de C.V.
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: FEPF790918LH0
CURP (opcional):
Nombre(s): Fernando
Primer apellido: Fernández
Segundo apellido: Pérez
Lada: 449
Teléfono: 1406638
Extensión: N/A
Correo electrónico: fernando@medestore.mx



Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 20996
Tipo y nombre de vialidad: Carretera a Los Arquitos <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
Número exterior: 603 Número interior: N/A
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Colonia Los Arquitos <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>

Localidad: N/A
Municipio o alcaldía: Jesús María
Entidad Federativa: Aguascalientes
Entre vialidad (tipo y nombre): Avenida Siglo XXI
Y vialidad (tipo y nombre): N/A
Vialidad posterior (tipo y nombre): N/A
Lada: 449
Teléfono: 1406638
Extensión: N/A

"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)"



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

3. Datos del establecimiento

RFC:	TCO161110RP7	Denominación o razón social:	TecMS Comercializadora, S.A. de C.V.
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		
433210	Comercio al por mayor de artículos de perfumería y cosméticos.		

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

Horario de operaciones												
D	L	M	M	J	V	S	de	09:30	a	19:00		
								HH:MM		HH:MM		
Fecha de inicio de operaciones:								10	/	09	/	2019
								DD		MM		AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: 20996	Localidad: N/A
Tipo y nombre de vialidad: Carretera a Los Arquitos	Municipio o alcaldía: Jesús María
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa: Aguascalientes
Número exterior: 603	Número interior: N/A
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: Colonia Los Arquitos	Entre vialidad (tipo y nombre): Avenida Siglo XXI
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Y vialidad (tipo y nombre): N/A
	Vialidad posterior (tipo y nombre): N/A
	Lada: 449
	Teléfono: 1406638
	Extensión: N/A

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

Representante legal	Persona autorizada
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s): Fernando	Nombre(s): Jhonatan Josec
Primer apellido: Fernández	Primer apellido: Martínez
Segundo apellido: Pérez	Segundo apellido: Jaimes
Lada: 449	Lada: 55
Teléfono: 1406638	Teléfono: 76916347
Extensión: N/A	Extensión: N/A
Correo electrónico: fernando@medestore.mx	Correo electrónico: gestion@marmolab.com

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	Karina Lizeth
Primer apellido:	Ochoa
Segundo apellido:	Treviño
Lada:	449
Teléfono:	1406638
Extensión:	N/A
Correo electrónico:	karina@medestore.mx

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

Representante legal	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

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

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

4. Datos de la ambulancia

Seleccione el tipo de unidad móvil.

En caso de alta o baja de la ambulancia utilice la primera tabla.

En caso de modificar los datos de la ambulancia utilice la primera tabla para anotar los datos actuales y la segunda tabla para los datos ya modificados.

Primera tabla			
<input type="radio"/> Aérea	<input type="radio"/> Marítima	<input type="radio"/> Terrestre	
<input type="radio"/> Alta	<input type="radio"/> Baja	<input type="radio"/> A modificar	
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea	<input type="radio"/> Marítima	<input type="radio"/> Terrestre	
<input type="radio"/> Ya modificado			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

5. Datos del responsable sanitario (excepto para productos y servicios)

En caso de alta o baja del responsable sanitario utilice la primera columna.

En caso de modificar los datos del responsable sanitario utilice la primera columna para anotar los datos actuales y la segunda columna para los datos ya modificados.

Primera columna												
<input type="radio"/> Alta			<input type="radio"/> Baja			<input type="radio"/> A modificar						
RFC:												
CURP (opcional):												
Nombre(s):												
Primer apellido:												
Segundo apellido:												
Lada:												
Teléfono:												
Extensión:												
Correo electrónico:												
Con título profesional de:												
Título profesional expedido por:												
Número de cédula profesional:												
Con especialidad de:												
Título de especialidad expedido por:												
Número de cédula de la especialidad:												
Horario de operaciones												
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM		
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM		
Firma del responsable sanitario												
Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja												

Segunda columna												
<input type="radio"/> Ya modificado												
RFC:												
CURP (opcional):												
Nombre(s):												
Primer apellido:												
Segundo apellido:												
Lada:												
Teléfono:												
Extensión:												
Correo electrónico:												
Con título profesional de:												
Título profesional expedido por:												
Número de cédula profesional:												
Con especialidad de:												
Título de especialidad expedido por:												
Número de cédula de la especialidad:												
Horario de operaciones												
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM		
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM		
Firma del responsable sanitario:												
Nota: Firmar este recuadro en caso de modificación o actualización												



27 NOV, 2019

6. Datos del producto o servicio nuevo o a modificar

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Productos:

Grupo:

Productos cosméticos.

Subgrupo:

Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

Ampolla de humedad para piel seca.

4) Marca comercial del producto:

Skin Method - Deep Moisture Repair Ampoule

6) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Productos:

Grupo:

Productos cosméticos.

Subgrupo:

Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

Ampolla calmante para piel roja y sensible.

4) Marca comercial del producto:

Skin Method - Facial Calming Repair Ampoule

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

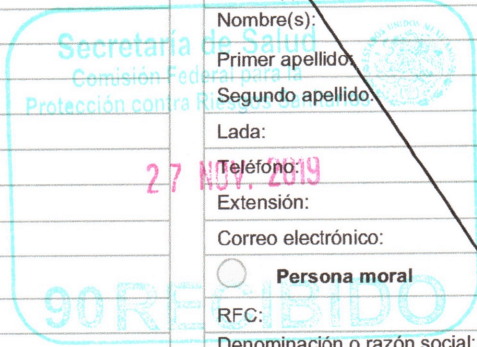
Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

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")

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

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

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")

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

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
 Nuevo A modificar Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Ampolla reafirmante antienvjecimiento para mejorar la elasticidad y arrugas de la piel.

4) Marca comercial del producto:
 Skin Method - Facial Firming Repair Ampoule

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

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":

Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Ampolla de reequilibrio de aceite y humedad para el acné y la piel grasa.

4) Marca comercial del producto:
 Skin Method – Sebum Cut Repair Ampoule

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

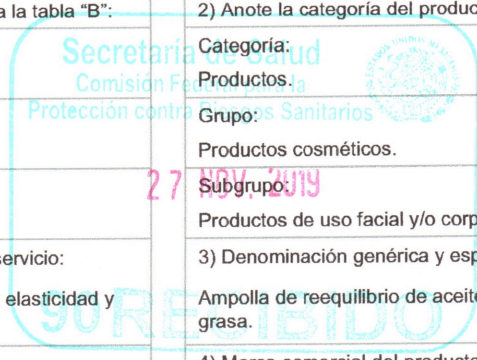
Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral



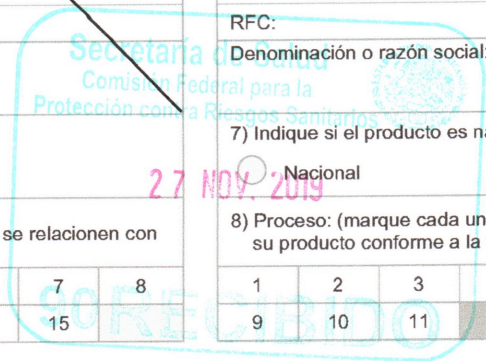
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

~~RFC:~~
~~Denominación o razón social:~~
~~6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:~~
 ~~Persona física~~
~~RFC:~~
~~CURP (opcional):~~
~~Nombre(s):~~
~~Primer apellido:~~
~~Segundo apellido:~~
~~Lada:~~
~~Teléfono:~~
~~Extensión:~~
~~Correo electrónico:~~
 ~~Persona moral~~
~~RFC:~~
~~Denominación o razón social:~~
~~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")~~

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

~~RFC:~~
~~Denominación o razón social:~~
~~6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:~~
 ~~Persona física~~
~~RFC:~~
~~CURP (opcional):~~
~~Nombre(s):~~
~~Primer apellido:~~
~~Segundo apellido:~~
~~Lada:~~
~~Teléfono:~~
~~Extensión:~~
~~Correo electrónico:~~
 ~~Persona moral~~
~~RFC:~~
~~Denominación o razón social:~~
~~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")~~

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



1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
 Nuevo A modificar Baja
 2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
 Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.
 3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Ampolla blanqueadora para hacer la piel clara y cremosa.

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":
 Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.
 3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Ampolla hialurónica rellena de piel para pieles claras y voluminosas.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

4) Marca comercial del producto:
Skin Method - White Radiance Repair Ampoule

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

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")

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

4) Marca comercial del producto:
Skin Method - Skin Volume Ampoule

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

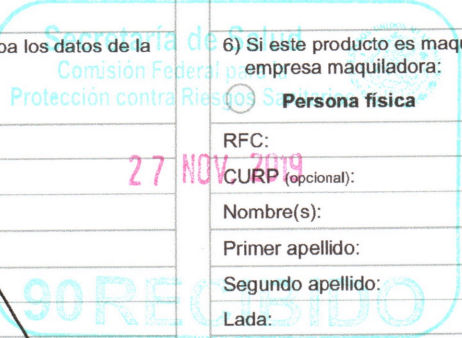
Denominación o razón social:

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")

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

9	10	11	12	13	14	15
---	----	----	----	----	----	----

9	10	11	12	13	14	15
---	----	----	----	----	----	----

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
 Nuevo A modificar Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
 Categoría:
 Productos.
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Anticongelante en el tratamiento con Criolipolisis.

4) Marca comercial del producto:
 Cool Pad

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
 Nuevo Ya modificado Baja

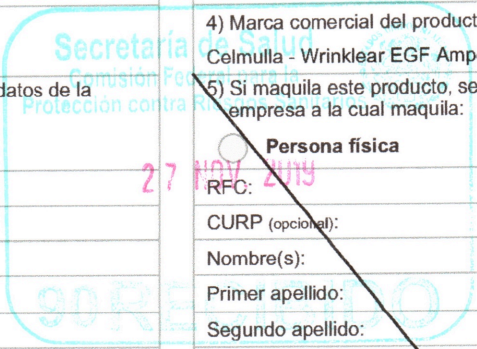
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
 Categoría:
 Productos.
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Ampolla para el sistema de rejuvenecimiento intensivo.

4) Marca comercial del producto:
 Celmulla - Wrinklear EGF Ampoule

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

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")

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

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

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")

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

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Nuevo A modificar Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Productos:

Grupo:

Productos cosméticos.

Subgrupo:

Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

Crema para el proceso natural de rejuvenecimiento y brillo de la piel.

4) Marca comercial del producto:

Cellmula - True Repair Cream

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

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":

Categoría:

Productos:

Grupo:

Productos cosméticos.

Subgrupo:

Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

Protector solar diario ligero y fresco que protege la piel de los rayos ultravioleta fuertes.

4) Marca comercial del producto:

Cellmula - UV Shield Sun

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

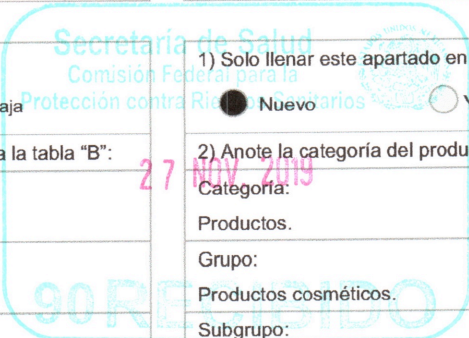
RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Lada: _____
 Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 Persona moral
 RFC: _____
 Denominación o razón social: _____

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:
 Persona física
 RFC: _____
 CURP (opcional): _____
 Nombre(s): _____
 Primer apellido: _____
 Segundo apellido: _____
 Lada: _____
 Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 Persona moral
 RFC: _____
 Denominación o razón social: _____

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")

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

Lada: _____
 Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 Persona moral
 RFC: _____
 Denominación o razón social: _____

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:
 Persona física
 RFC: _____
 CURP (opcional): _____
 Nombre(s): _____
 Primer apellido: _____
 Segundo apellido: _____
 Lada: _____
 Teléfono: _____
 Extensión: _____
 Correo electrónico: _____
 Persona moral
 RFC: _____
 Denominación o razón social: _____

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")

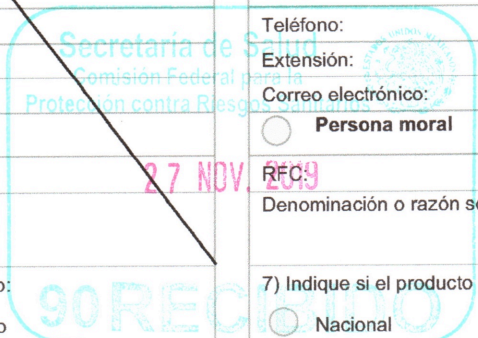
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
 Nuevo A modificar Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
 Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.

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":
 Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Subgrupo:
Productos para el cabello.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
Champú experto intensivo en cuidado capilar y del cuero cabelludo.

4) Marca comercial del producto:
Cellmula - Double Care Therapy Shampoo

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:
 Persona física

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

Persona moral

RFC:
Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:
 Persona física

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

Persona moral

RFC:
Denominación o razón social:

Subgrupo:
Productos para el cabello.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
Acondicionador experto intensivo en cuidado capilar y del cuero cabelludo.

4) Marca comercial del producto:
Cellmula - Double Care Therapy Conditioner

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:
 Persona física

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

Persona moral

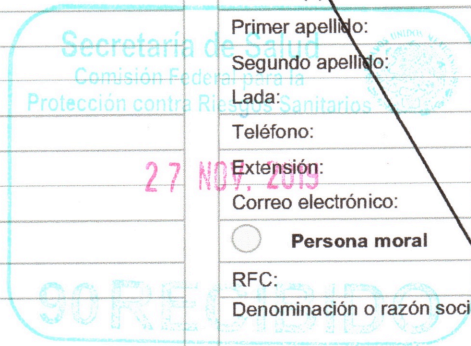
RFC:
Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:
 Persona física

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

Persona moral

RFC:
Denominación o razón social:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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")

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

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")

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

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
 Nuevo A modificar Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
 Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Loción para programa reafirmante de la piel y relajante corporal.

4) Marca comercial del producto:
 Cellmula - Contact Lotion

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

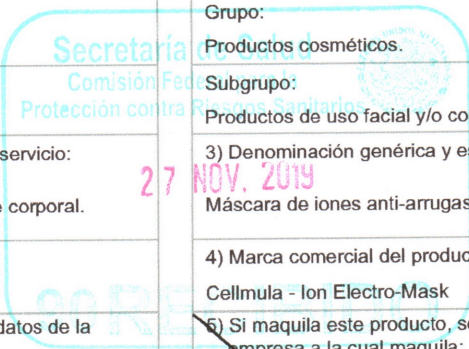
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
 Nuevo Ya modificado Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
 Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Máscara de iones anti-arrugas y blanqueamiento.

4) Marca comercial del producto:
 Cellmula - Ion Electro-Mask

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

~~6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:~~

~~Persona física~~

~~RFC:~~

~~CURP (opcional):~~

~~Nombre(s):~~

~~Primer apellido:~~

~~Segundo apellido:~~

~~Lada:~~

~~Teléfono:~~

~~Extensión:~~

~~Correo electrónico:~~

~~Persona moral~~

~~RFC:~~

~~Denominación o razón social:~~

~~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")~~

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

~~6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:~~

~~Persona física~~

~~RFC:~~

~~CURP (opcional):~~

~~Nombre(s):~~

~~Primer apellido:~~

~~Segundo apellido:~~

~~Lada:~~

~~Teléfono:~~

~~Extensión:~~

~~Correo electrónico:~~

~~Persona moral~~

~~RFC:~~

~~Denominación o razón social:~~

~~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")~~

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

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:

Nuevo A modificar Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":

Categoría:

Productos:

Grupo:

Productos cosméticos:

Subgrupo:

Productos de uso facial y/o corporal:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

Solución para peeling e hidratación de la piel.

4) Marca comercial del producto:

Cellmula - AquaClean Solution S1

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":

Categoría:

Productos:

Grupo:

Productos cosméticos:

Subgrupo:

Productos de uso facial y/o corporal:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

Solución para peeling e hidratación de la piel.

4) Marca comercial del producto:

Cellmula - AquaClean Solution S2

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC: _____

CURP (opcional): _____

Nombre(s): _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

Lada: _____

Teléfono: _____

Extensión: _____

Correo electrónico: _____

Persona moral

RFC: _____

Denominación o razón social: _____

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC: _____

CURP (opcional): _____

Nombre(s): _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

Lada: _____

Teléfono: _____

Extensión: _____

Correo electrónico: _____

Persona moral

RFC: _____

Denominación o razón social: _____

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")

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

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:

Persona física

RFC: _____

CURP (opcional): _____

Nombre(s): _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

Lada: _____

Teléfono: _____

Extensión: _____

Correo electrónico: _____

Persona moral

RFC: _____

Denominación o razón social: _____

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:

Persona física

RFC: _____

CURP (opcional): _____

Nombre(s): _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

Lada: _____

Teléfono: _____

Extensión: _____

Correo electrónico: _____

Persona moral

RFC: _____

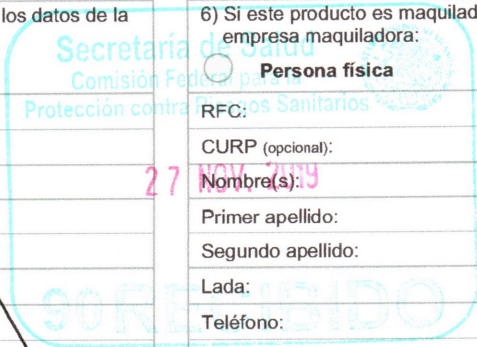
Denominación o razón social: _____

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")

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



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
 Nuevo A modificar Baja

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
 Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Solución para nutrición e hidratación de la piel.

4) Marca comercial del producto:
 Cellmula - AquaClean Solution S3

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:

1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
 Nuevo Ya modificado Baja

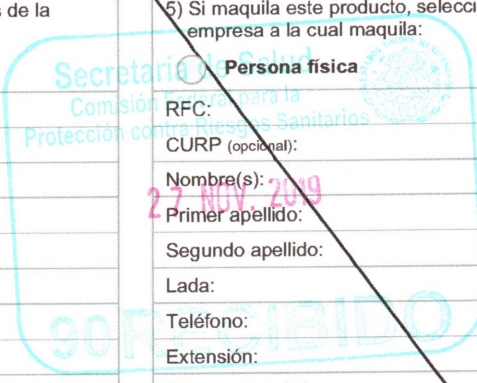
2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
 Categoría:
 Productos:
 Grupo:
 Productos cosméticos.
 Subgrupo:
 Productos de uso facial y/o corporal.

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:
 Solución para limpieza.

4) Marca comercial del producto:
 Cellmula - AquaClean Solution S4

5) Si maquila este producto, seleccione y escriba los datos de la empresa a la cual maquila:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:

6) Si este producto es maquilado, seleccione y escriba los datos de la empresa maquiladora:
 Persona física
 RFC:
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:
 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")

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

Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:
 Persona moral
 RFC:
 Denominación o razón social:
 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")

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
<input type="checkbox"/> 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:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Denominación o razón social:	Denominación o razón social:
---	---

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del propietario (domicilio fiscal)	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad:	Tipo y nombre de vialidad:
	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)
	Número exterior: Número interior:	Número exterior: Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
Extensión:	Extensión:	

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Datos del establecimiento	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Denominación o razón social (de ser el caso):	Denominación o razón social (de ser el caso):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Domicilio del establecimiento	Código postal:	Código postal:
	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>	Tipo y nombre de vialidad: <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)</small>
	Número exterior:	Número exterior:
	Número interior:	Número interior:
	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>
	Localidad:	Localidad:
	Municipio o alcaldía:	Municipio o alcaldía:
	Entidad Federativa:	Entidad Federativa:
	Entre vialidad (tipo y nombre):	Entre vialidad (tipo y nombre):
	Y vialidad (tipo y nombre):	Y vialidad (tipo y nombre):
	Vialidad posterior (tipo y nombre):	Vialidad posterior (tipo y nombre):
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
<input type="checkbox"/> Horario del establecimiento	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM
	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM	D L M M J V S de HH:MM a HH:MM
<input type="checkbox"/> Clave SCIAN y su descripción		

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> Representante legal	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 legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> 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:

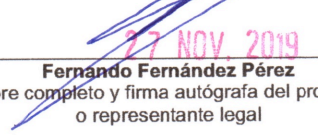
Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

<input type="radio"/> Suspensión de actividades	<input type="radio"/> Reinicio de actividades	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento
De <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/> A <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	Fecha <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	

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


Fernando Fernández Pérez
 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**.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" Categoría del producto

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
Productos	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a temperatura ambiente Transporte a temperatura de refrigeración Distribución Expendio o suministro al público Almacenamiento a temperatura ambiente Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación	Alimentos	Carne y sus productos Leche, sus productos y derivados Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Los de la pesca y sus derivados (frescos y congelados) Alimentos congelados Cereales, leguminosas, sus productos y botanas Azúcar y productos de confitería Cacao, café, té y sus derivados Condimentos y aderezos Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y sus productos Frutas, hortalizas y sus derivados Aceites y grasas comestibles Alimentos industrializados Alimentos biotecnológicos Alimentos deshidratados
		Suplementos alimenticios	Polvo para preparar bebidas Tabletas o comprimidos Cápsulas Jarabe
		Bebidas no alcohólicas	Agua envasada (mineral, mineralizada y/o purificada) Jugos y néctares Bebidas adicionadas con cafeína Bebidas saborizadas Polvo o jarabe para preparar bebidas Bebidas para deportistas Hielo potable Nieve Bebidas congeladas
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Coctel Destiladas Licor o crema Preparadas
		Productos cosméticos	Productos para el cabello Productos de uso facial y/o corporal Productos para los ojos y cejas Productos para manos y uñas Productos para los labios Productos de aromacología y aromalogía (Perfumes y fragancias)
		Productos de aseo y limpieza	Productos especiales para textiles Productos para desobstruir conductos sanitarios Productos para el ambiente Productos para la higiene Productos para la limpieza Productos para protección o acabado lustroso
		Materia prima	Lácteos y cármicos Aceites y grasas Féculas, harinas y derivados
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores industriales Cafeterías Bares, cantinas, discotecas, etc. Servicios de banquetes Restaurantes, taquerías, etc.
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Saborizantes Edulcorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Perforaciones Micropigmentaciones

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo	
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general		
		Consultorio de atención médica especializada	Nombre de la especialidad	
		Consultorio de estomatología		
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	Especificar	
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa	
		Gabinetes de diagnóstico	Ultrasonografía	
	Servicios de asistencia social	Planificación familiar		
		Salud mental		
		Rehabilitación		
		Atención médica paliativa		
Expendio o suministro al público	Asistencia social	Especificar		
Insumos para la salud	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Comercio al por menor de lentes		
		Remedios herbolarios		
	Distribución	Dispositivos médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico	
		Medicamentos	Representante legal en México de una empresa en el extranjero	
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Nombre químico de la sustancia	
		Medicamentos	Medicamentos alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público)	
	Expendio o suministro al público	Farmacia alopática	Medicamentos homeopáticos	
Farmacia homeopática		Medicamentos herbolarios		
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Botica	Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos	
		Plaguicidas	Químicos Bioquímicos Microbianos	Botánicos Misceláneos
		Sustancias tóxicas	Nombre químico de la sustancia tóxica	
		Precursor químico y/o producto químico esencial	Nombre del precursor y/o producto químico esencial	
		Nutrientes vegetales	Fertilizante Mejorador de suelo Humectante de suelo	Inoculante Regulador de crecimiento
	Productos con límite de metales pesados	Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares		