

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Trámites Relacionados con Productos del Tabaco

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-08
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 máquina o computadora.

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

1. Homoclave y nombre del trámite

Homoclave:	Nombre:
------------	---------

2. Datos del propietario

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

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Lada:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

“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)”

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio fiscal del propietario

Código postal:
Tipo y nombre de vialidad:
 (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
 Número exterior: Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
 (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)

Localidad:
 Municipio o alcaldía:
 Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:
Teléfono:
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.

Sólo para el alta de licencia sanitaria

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

Fecha de inicio de operaciones: DD / MM / AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal:
Tipo y nombre de vialidad:
 (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
 Número exterior: Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
 (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)

Localidad:
 Municipio o alcaldía:
 Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada:
Teléfono:
Extensión:

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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:

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:

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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

4. Tipo de trámite

<input type="radio"/> Licencia	<input type="radio"/> Alta o nuevo <input type="radio"/> Modificación	<input type="radio"/> Renovación <input type="radio"/> Baja
<input type="radio"/> Permiso	<input type="radio"/> Alta o nuevo <input type="radio"/> Modificación	<input type="radio"/> Prórroga <input type="radio"/> Primera Vez <input type="radio"/> Subsecuente
<input type="radio"/> Certificado	<input type="radio"/> Alta o nuevo <input type="radio"/> Modificación	

5. Modificación de licencia, permiso y certificado: (sólo en caso de haber seleccionado este campo en la sección 4)

Número de documento:

En la columna "Dice/condición autorizada" colocar los datos completos actuales.
En la columna "Debe decir/condición solicitada" colocar los datos completos ya modificados.

Dice / condición autorizada	Debe decir / condición solicitada

6. Datos del producto (Información general)

Producto					
1) Clasificación del Producto:					
2) Especificar:					
3) Denominación específica del producto:					
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:					
5) Tipo de producto:					
6) Fracción arancelaria:					
7) Unidad de medida:					
8) Cantidad o volumen total:					
9) Uso específico o proceso:	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	

Producto					
1) Clasificación del Producto:					
2) Especificar:					
3) Denominación específica del producto:					
4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:					
5) Tipo de producto:					
6) Fracción arancelaria:					
7) Unidad de medida:					
8) Cantidad o volumen total:					
9) Uso específico o proceso:	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

10) Clave del (de los) lote(s):
11) Fecha de fabricación: DD / MM / AAAA
12) Fecha de caducidad: DD / MM / AAAA
13) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):
14) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
15) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):

10) Clave del (de los) lote(s):
11) Fecha de fabricación: DD / MM / AAAA
12) Fecha de caducidad: DD / MM / AAAA
13) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):
14) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
15) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):

Nota: Reproducir esta tabla, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

7. Información para certificados

Uso del certificado (para exportación y otros):

País destino (un solo país):

8. Información para importación / exportación:

País de origen:

País de destino:

País de procedencia:

Aduana de entrada o salida:
(Especifique sólo una)

8.A. Datos del fabricante

Persona física
RFC ^(a) :
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC ^(a) :
Denominación o razón social:

a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio del fabricante

Código postal:
Tipo y nombre de vialidad:
 (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
 Número exterior: Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
 (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)

a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:
 Municipio o alcaldía ^(a):
 Entidad Federativa ^(a):
 País:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

8.B. Datos del proveedor o distribuidor

Persona física

RFC ^(a):
 CURP ^(opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:

a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

RFC ^(a):
 Denominación o razón social:

Domicilio del proveedor o distribuidor

Código postal:
Tipo y nombre de vialidad:
 (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)
 Número exterior: Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
 (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)

a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:
 Municipio o alcaldía ^(a):
 Entidad Federativa ^(a):
 País:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

8.C. Datos del destinatario (destino final)

Persona física

Persona moral

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

RFC:
Denominación o razón social:

Domicilio del destinatario (destino final)

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento, sección, sector, entre otros.)</small>	

Localidad:
Municipio o alcaldía:
Entidad Federativa:
País:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

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

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**.