

The background features a large, semi-transparent watermark of the IMSS logo. The logo consists of a stylized eagle with its wings spread, perched on a cactus, all enclosed within a rounded square border. Below the square, the letters 'IMSS' are written in a large, bold, sans-serif font.

Se manifiesta que el
archivo publicado es
la mejor versión
disponible con la
que cuenta el
Instituto Mexicano
del Seguro Social.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

CONVENIO
MODIFICATORIO
Nº 1 (UNO)
AL CONTRATO
U150371

CONVENIO MODIFICATORIO NÚMERO 1 (UNO) AL CONTRATO ABIERTO NÚMERO U150371 PARA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS GRUPO 010 EN SUS PRESENTACIONES DE GENÉRICOS Y DE REFERENCIA, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ "**EL INSTITUTO**", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL **LICENCIADO PABLO ARENAS RAMÍREZ**, EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL Y, POR LA OTRA PARTE, LA EMPRESA DENOMINADA **MESALUD, S.A. DE C.V.**, EN LO SUBSECUENTE "**EL PROVEEDOR**", REPRESENTADA POR **ROSA MARIA RIVERA LÓPEZ**, EN SU CARÁCTER DE APODERADA LEGAL, Y A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "**LAS PARTES**", AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

I.- Con fecha 31 de noviembre de 2015 "**LAS PARTES**" suscribieron el contrato principal, derivado del procedimiento de Licitación Pública Nacional Electrónica número **OA-019GYR047-N79-2015** (Consolidada) Mediante la Modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuentos, con una vigencia a partir del 1º de enero y hasta el 31 de diciembre de 2016.

II.- En la Cláusula Décima Octava "Modificaciones al Contrato" del contrato principal, "**LAS PARTES**" acordaron que el instrumento jurídico podría ser modificado durante la vigencia del mismo, de conformidad con los artículos 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 91 de su Reglamento.

III.- En el **Anexo 1 (uno)** del contrato principal, "**LAS PARTES**" convinieron las características, técnicas y alcances de la adquisición de los bienes, así como el monto a ejercer durante la vigencia en el citado instrumento jurídico.

DECLARACIONES

I.- "**EL INSTITUTO**" declara, a través de su apoderado legal, que:

I.1.- Con oficio número 095384611800/2016000430 de fecha 04 de febrero de 2016, el Titular de la Coordinación de Control de Abasto solicitó al Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios la elaboración del presente convenio modificatorio para incluir un registro sanitario a la clave 010 000 2132 00 00 a fin de atender en tiempo y forma las ordenes de reposición generadas por "**EL INSTITUTO**" considerando que los bienes objeto de sustitución son indicados para el tratamiento de infecciones producidas por bacterias gram positivas y gram negativas susceptibles, remitiendo para tal efecto, el dictamen técnico emitido por la División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud, documentos que se agregan al **Anexo 1 (uno)** del presente convenio.

COORDINACIÓN TÉCNICA DE CONTRATOS E INVESTIGACIÓN DE MERCADOS
DIVISIÓN DE CONTRATOS
NIVEL CENTRAL

Página 1 de 3

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes que se señalan."



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

CONVENIO
MODIFICATORIO
Nº 1 (UNO)
AL CONTRATO
U150371

II.- “EL PROVEEDOR” declara, a través de su apoderada legal, que:

II.1.- Con escrito de fecha 20 de enero de 2016, recibido en **“EL INSTITUTO”** el mismo día, presentó a la Coordinación de Control de Abasto solicitud de inclusión del registro sanitario para la clave 010 000 2132 00 00, documento que se agrega al **Anexo 1 (uno)** del presente instrumento jurídico.

II.2.- Está en condiciones de continuar suministrando a **“EL INSTITUTO”** los bienes en los términos pactados en el contrato principal, sin modificar las características técnicas de los bienes acordados.

III.- Declaran conjuntamente **“LAS PARTES”** por conducto de sus respectivos representantes legales, que:

III.1.- Las facultades que les fueron otorgadas no les han sido modificadas, restringidas, ni revocadas de forma alguna, para los efectos que se deriven del presente instrumento legal.

III.2.- Están de acuerdo en celebrar el presente convenio modificatorio con fundamento en lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, por lo que se otorgan las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- “LAS PARTES” convienen en modificar el contrato principal para incluir un Registro Sanitario a la clave que se describe conforme se detalla en el **Anexo 1 (Uno)** del presente instrumento jurídico, quedando de la siguiente manera:

CLAVE	REGISTROS SANITARIOS	FABRICANTES
010 000 2132 00 00	122M2004 SSA	ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V.

SEGUNDA.- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO.- “EL PROVEEDOR” se obliga a entregar, a más tardar dentro del plazo de 10 (diez) días naturales, contados a partir de la firma de este instrumento jurídico, la modificación o el endoso a la garantía de cumplimiento del Contrato que se modifica.

TERCERA.- “LAS PARTES” convienen expresamente que salvo lo previsto en el presente convenio, no se modifica, altera o nova en forma alguna lo estipulado en el contrato principal.

CUARTA.- JURISDICCIÓN.- Para la interpretación y el cumplimiento de este convenio modificatorio así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, **“LAS PARTES”** se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes de la



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

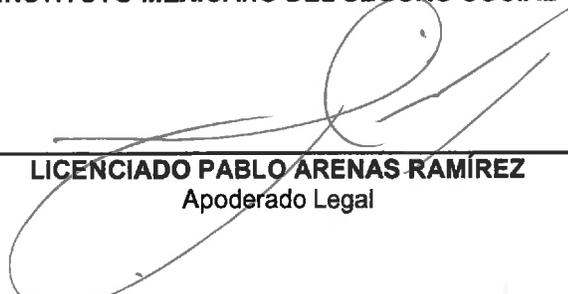
CONVENIO
MODIFICATORIO
Nº 1 (UNO)
AL CONTRATO
U150371

Ciudad de México, Distrito Federal, renunciando a cualquier otro fuero presente o futuro que por razón de su domicilio les pudiera corresponder.

Enteradas **"LAS PARTES"** del contenido y alcance de todas y cada una de las Cláusulas de este instrumento Jurídico, lo ratifican y firman en la Ciudad de México, el día **19 de febrero de 2016** por sextuplicado, quedando un ejemplar en poder de **"EL PROVEEDOR"** y los restantes en poder de **"EL INSTITUTO"**.

"EL INSTITUTO"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"EL PROVEEDOR"
MESALUD, S.A. DE C.V.



LICENCIADO PABLO ARENAS RAMÍREZ
Apoderado Legal



ROSA MARIA RIVERA LÓPEZ
Apoderada Legal

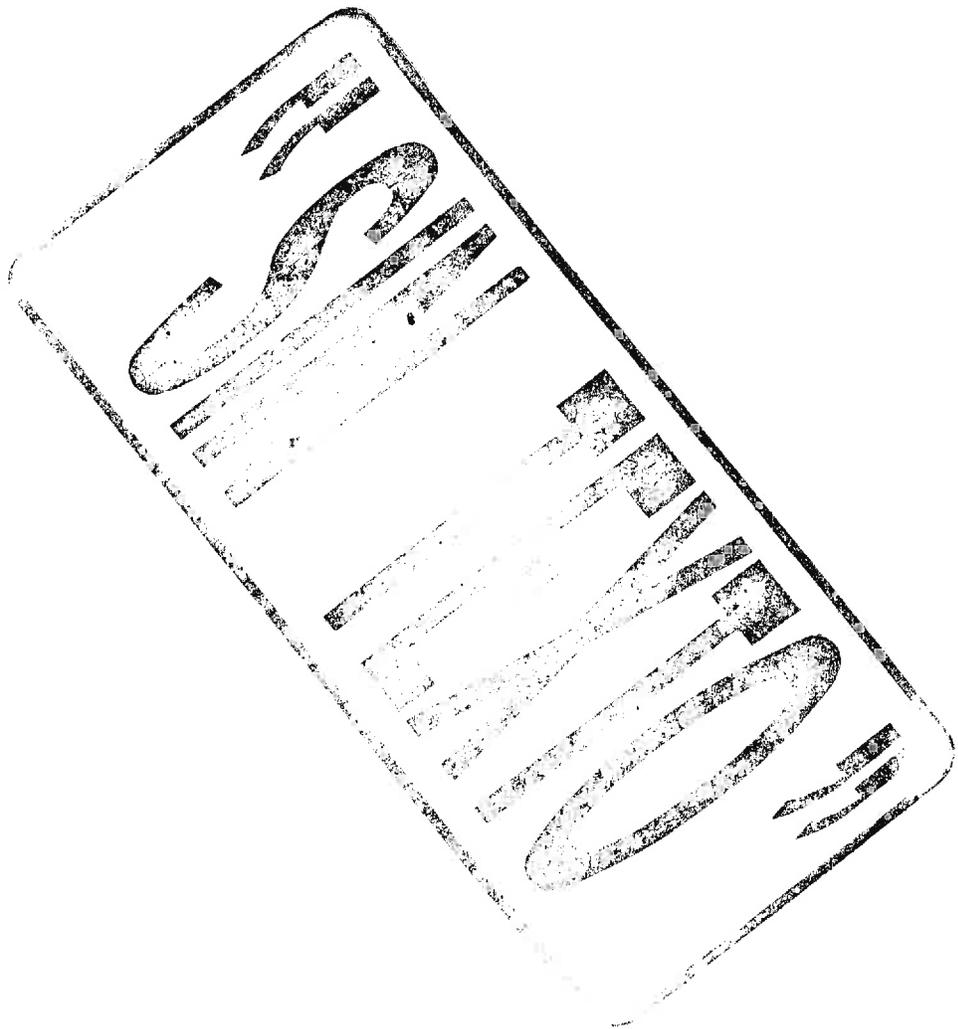
ÁREA CONSOLIDADORA
EN REPRESENTACIÓN DE LOS ADMINISTRADORES DEL
CONTRATO

Artículos 2 fracción II y 84 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.



JOSÉ MANUEL LOTFE SOTO
Titular de la Coordinación de Control de Abasto

JASS/AAL/UEAC/GFHL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

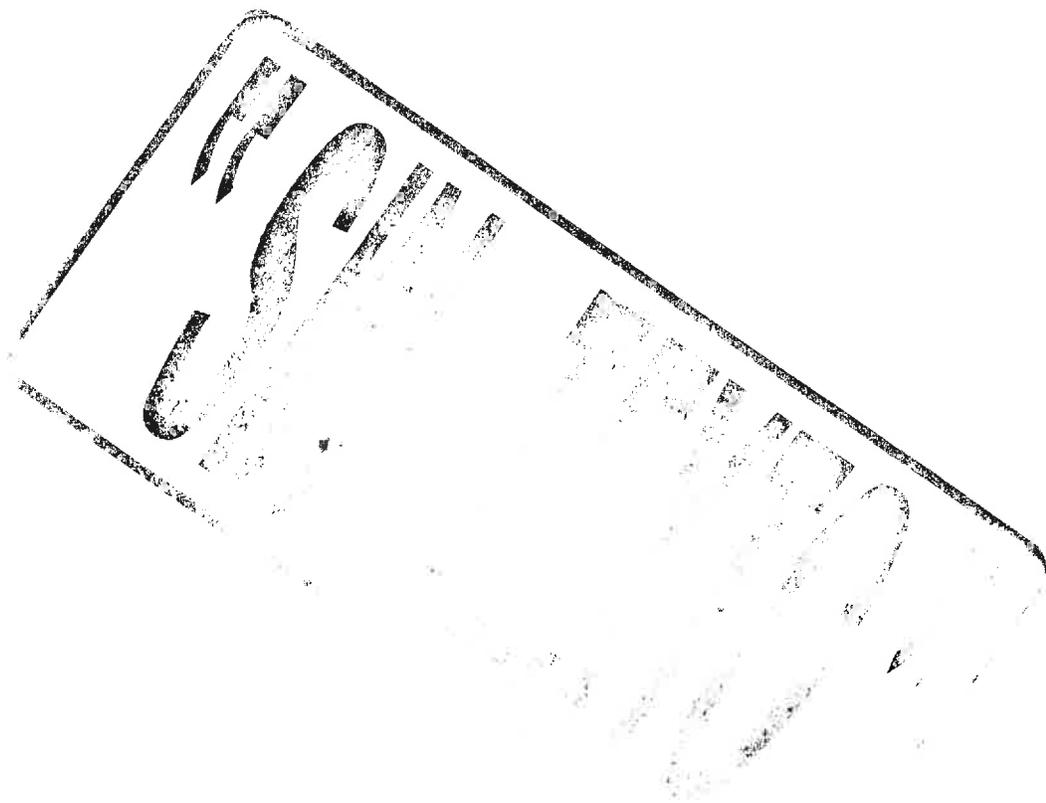
CONVENIO
MODIFICATORIO
Nº 1 (UNO)
AL CONTRATO
U150371

ANEXO 1

“REQUERIMIENTOS DEL CONVENIO”

ANEXOS
DIVISION DE CONTRATOS

EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 12 HOJAS INCLUYENDO ESTA CARÁTULA





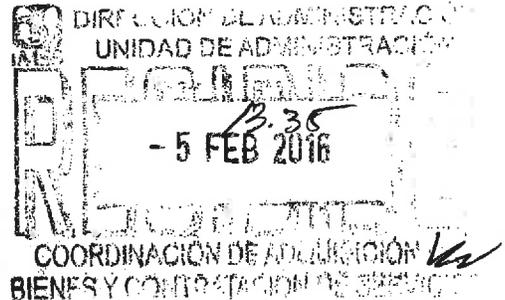
México, D.F., a 04 FEB 2016

Lic. Ulises Ayala

Oficio No. 095384611800/201600430

Análisis y Atención
AAL

LIC. FERNANDO GÓMEZ DE LARA
Titular de la Coordinación de Adquisición de
Bienes y Contratación de Servicios.
Presente.-



En relación a la contratación efectuada para cubrir las necesidades del ejercicio 2016 de medicamento, le informo que **Mesalud, S.A. de C.V.** remitió a esta Coordinación de Control de Abasto escrito mediante el cual solicita la inclusión del registro sanitario como a continuación se describe:

No Contrato	Gpo	Gen	Esp	Dif	Var	Descripción	No Licitación	Registro Sanitario	Titular del Registro Sanitario
U150371	010	000	2132	00	00	CLARITROMICINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLARITROMICINA 250 MG ENVASE CON 10 TABLETAS.	0A-019GYR047-N79-2015	122M2004 SSA	ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V.

La empresa refiere que esta solicitud obedece a que con la inclusión de los registros sanitarios podrá atender en tiempo y forma las órdenes de reposición generadas por el Instituto.

Es de mencionar que los bienes objeto de sustitución son indicados para el tratamiento de infecciones producidas por bacterias gram positivas y gram negativas susceptibles.

La solicitud formulada por la empresa en comento, fue remitida a la División Institucional de Cuadros Básicos e Insumos para la Salud, para que emitiera el dictamen mediante el cual se da a conocer el resultado técnico de evaluación de inclusión, mismo que se adjunta al presente en original, así como la documentación entregada por el proveedor, considerando la solicitud de inclusión que establece implícitamente la aceptación del proveedor para efectuar el convenio modificadorio.

Por lo antes expuesto y en apego a lo establecido en el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y a lo establecido en el numeral I.II.II Inclusión de Registro Sanitario del Anexo número 2 de la convocatoria de los procedimiento 0A-019GYR047-N79-2015, así como precisiones generales de la Junta de Aclaraciones, solicito tenga a bien efectuar la inclusión de registro sanitario señalado en el presente, así como elaborar el convenio modificadorio correspondiente.

ANEXOS
DIVISION DE CONTRATOS
Página 1 de 2

000552
2016 FEB 11 09:11:2

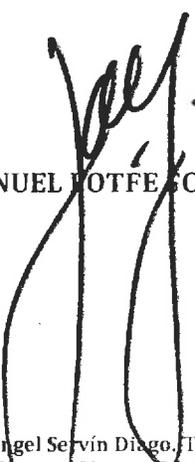


México, D.F., a

Oficio No. 095384611800/201600

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE


JOSÉ MANUEL POTFE SOTO
Titular

C.c.p.-

- Lic. Miguel Ángel Servín Dingo.- Titular de la Unidad de Administración. (*)
- Ing. Gabriel Barreto Olmos.- Titular de la Coordinación Técnica del Proceso de Abasto. (*)
- Lic. Miguel Ángel Dñañas Hernández.- Titular de la División de Planeación y Control del Abasto. (*)
- Lic. Pablo Arenas Ramírez.- Titular de la Coordinación Técnica de Bienes y Servicios (*) -Para Seguimiento y Registro en SAI
- Lic. Raúl Arreguin Ávila.- Titular de la División de Bienes Terapéuticos (*)-Para Seguimiento y Registro en SAI

*Copia enviada a través del SICGC

MADH/ARMZ/AIAF/lbtv

Descarga volante: 2016000244.

México, D.F., a 20 de enero de 2016

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones
Unidad de Administración
Coordinación de Control del Abasto

At'n.: Mtro. José Manuel Lotfe Soto
Titular

Por medio de la presente solicitamos de la manera más atenta se nos autorice la inclusión del Registro Sanitario y el poder entregar la clave:

CLAVE	DESCRIPCIÓN	FABRICANTE
010 000 2132 00 00	CLARITROMICINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLARITROMICINA 250 MG ENVASE CON 10 TABLETAS	ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V.

Lo anterior obedece a la problemática en el abasto de la materia prima para la fabricación del insumo de acuerdo con la información reportada por los laboratorios asignados.

Dicho producto nos fue asignado en la Licitación Pública Nacional Electrónica No. OA-019GYR047-N79-2015, del cual tenemos asignado el contrato U150371

Por lo anterior reiteramos nuestra solicitud de incluir dicho registro sanitario y/o marca en el contrato de referencia, para así no tener ningún contratiempo en sus almacenes al entregar dicho producto con el fabricante antes mencionado, esto con la finalidad de poder atender en tiempo y forma todas y cada una de las Delegaciones y/o UMAES en donde requieren el producto antes mencionado y así no ocasionar un desabasto innecesario, afectando a la población derechohabiente.

Se anexa:

- Registro Sanitario
- Carta de apoyo (original)
- Carta de Grado de contenido Nacional (original)
- Licencia Sanitaria (fabricante)
- Responsable sanitario (fabricante)
- Aviso de funcionamiento (distribuidor)
- Responsable Sanitario (distribuidor)

Atentamente

Dra. Rosa María Rivera López
 Representante Legal
 Mesalud, S.A. de C.V.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
 UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO
 13:31
 20 ENE 2016
 COORDINACIÓN
 DE CONTROL DE ABASTO

ANEXOS
DIVISION DE CONTRATOS
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
 UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
RECIBIDO
 21 ENE 2016
 COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO
 COORDINACIÓN TÉCNICA DEL
 PROCESO DE ABASTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE CUADROS BÁSICOS DE INSUMOS PARA LA SALUD

RESULTADO TÉCNICO DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE INCLUSIÓN DE REGISTRO SANITARIO DERIVADA DE DIVERSAS LICITACIONES PÚBLICAS INTERNACIONALES-2015, PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DEL EJERCICIO FISCAL 2016.

EL PROVEEDOR **MESALUD S.A. DE C.V.** SOLICITA LA INCLUSIÓN DE LOS REGISTROS SANITARIOS Y FABRICANTES ANOTADOS A CONTINUACIÓN PARA LAS SIGUIENTES CLAVES, QUE SE LES ADJUDICARON EN DIVERSAS LICITACIONES PÚBLICAS INTERNACIONALES-2015 MEDIANTE EL CONTRATO RESPECTIVO.

EN LA CONVOCATORIA DE LA LICITACIÓN PÚBLICA SE PREVIÓ QUE "LA INCLUSIÓN DE LOS REGISTROS SANITARIOS, CONTARÁN CON LAS MISMAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO PARA LA PRIMERA, ES DECIR, NO EXISTIRÁN MODIFICACIONES AL PRECIO, DESCUENTO U OTRA CONDICIÓN TÉCNICA O ADMINISTRATIVA SOLICITADA INICIALMENTE", POR LO QUE MIENTRAS SE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS LEGALES Y NO EXISTA CAMBIO DE CONDICIONES, PUEDEN INCLUIRSE OTROS REGISTROS SANITARIOS.

EL PROVEEDOR SOLICITA LA INCLUSIÓN DEL REGISTRO SANITARIO PARA EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y EVITAR PROBLEMAS DE DESABASTO.

LA DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE CUADROS BÁSICOS DE INSUMOS PARA LA SALUD, EN SU CALIDAD DE ÁREA TÉCNICA, COMO RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO PRESENTADO POR **MESALUD S.A. DE C.V.** EN TÉRMINOS DE LOS NUMERALES 14.6, 22, 26.5, 26.5.1 Y NUMERAL 33 ÚLTIMO PÁRRAFO, DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL IMSS, EMITE EL DICTAMEN RESPECTIVO PARA DICHO EVENTO CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 36, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, A FIN DE DETERMINAR SI SE CUMPLEN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, REQUERIDAS POR EL IMSS, EMITE EL SIGUIENTE:

RESULTADO TÉCNICO

CLAVE	MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN	INDICACIÓN	EMPRESA	REGISTRO SANITARIO	FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	DICTAMEN	LICITACIÓN	CONTRATO
2132.00	CLARITROMICINA	TABLETA 250 mg. Emase con 10 tabletas.	Infecciones producidas por bacterias gram positivas y gram negativas susceptibles.	Ultra Laboratorios S.A. de C.V.	122M2004 SSA	10/08/2015	10/08/2020	De acuerdo con la información que presenta la empresa, el Registro Sanitario está vigente y cumple con la descripción del Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS	OA-019CYR047-N79-2015	U1500371

FIRMANTE

DR. JOSÉ LUIS ESTRADA AGUILAR
TITULAR DE LA DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE CUADROS BÁSICOS
DE INSUMOS PARA LA SALUD



COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS
COMISION DE AUTORIZACION SANITARIA
PRORROGA DEL REGISTRO SANITARIO No.

No. DE SOLICITUD
103300423A0492

No. DE SOLICITUD ANTERIOR
04363000280

Con fundamento en los Artículos 4 párrafo cuarto, 8, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículos 2 fracción I, 14, 17, 26, 39 fracciones XXI y XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; Artículos 1,3 fracciones I, XXII y XXVIII, 4 fracción III, 13 inciso A fracción IX, X, 17 bis, fracción IV, 194 último párrafo, 194 bis, 197, 204, 212, 221, 222, 222 Bis, 223, 226, 368, 371, 376, 376 bis, 378 y 393 primer párrafo de la Ley General de Salud; Artículos 1, 2, 3, 15, 15-A, 17- A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; Artículos 1, 2 inciso C fracción X, 15, 36 y 37 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; Artículos 1, 2, 153, 157, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 190 bis 1, 190 bis 2 y 190 bis 6 del Reglamento de Insumos para la Salud; Artículos 1, 3 fracción I inciso b, fracción VII y XIII, 4 fracción II inciso c, 11 fracciones VI y IX y XI, y 14 fracción I del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; se autoriza la prórroga del registro sanitario bajo las siguientes condiciones:

Ultra Laboratorios, S. A. de C. V.

Dr. Roberto Michel No. 2920, Col. Alamo Industrial, C. P. 44490, Guadalajara, Jalisco, México.

ULA 010207TY5

CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO

Denominación distintiva: ARLECYN-K
Denominación generica: Claritromicina
Clasificación Artículo 226 LGS: IV

Forma Farmacéutica:

Tableta

Fabricante del farmaco:

(1) Ranbaxy Laboratories Ltd. (2) Kopran Limited.

(1) Industrial Area 3, A.B. Road, Dewas-455 001, Madhya Pradesh, India.

Fabricante Alterno:

(2) K-4/4 Additional MIDC, Bhirwadi Mahad Raigad, Maharashtra 402 302, India.

Fabricante del medicamento:

Ultra Laboratorios, S.A. de C.V.

Dr. Roberto Michel No. 2920, Col. Alamo Industrial, C.P. 44490, Guadalajara, Jalisco, México.

Acondicionado por:

Ultra Laboratorios, S.A. de C.V.

Dr. Roberto Michel No. 2920, Col. Alamo Industrial, C.P. 44490, Guadalajara, Jalisco, México.

Distribuido por:

Ultra Laboratorios, S.A. de C.V.



ANEXOS
DIVISION DE CONTRATOS

COF

052324



Dr. Roberto Michel No. 2920, Col. Álamo Industrial, C.P. 44490, Guadalajara, Jalisco, México.

Fecha de expedición: 10 de Agosto del 2015

Fecha de vencimiento: 10 de Agosto del 2020

Presentaciones:

Caja de cartón con 10 tabletas de 250 mg en envase de burbuja.

Envase para Tableta:

Burbuja-de policloruro de vinilo/aluminio (PVC/Al)

Vida útil: 24 meses, debiendo expresar el año con número y el mes con letra.

Indicacion terapeutica: Antimicrobiano (quinolona).

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, embarazo y lactancia. No deberá administrarse a pacientes con historia de prolongación del segmento QT ó arritmia cardiaca ventricular, incluyendo Torsade de pointes.

Formula

Formula Para la presentacion en: Tableta

Farmacos

Clarithromicina	250.000	mg
-----------------	---------	----

Aditivos

Núcleo		
		mg
	(1)	
	(1)	
		mg (2)
		mL (1)
		mL (1)

Notas al calce:

(1) Se evapora durante el proceso.

(2) Composición: Hidroxipropilmetilcelulosa 6 cps, Macrogol 6000, Talco, Dióxido de Titanio, Amarillo No. 10, Laca aluminica.

Via de administración: Oral.

Observaciones al Registro:

- El presenta oficio de autorización refleja las modificaciones solicitadas en el trámite No. 123300CT050168.
- Se declaran los Fabricantes del fármaco, con domicilio conforme al Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación remitido.
- Se declara el Fabricante del medicamento.
- Se declara al Fabricante del medicamento como Acondicionador.
- Se declara al Titular como Distribuidor.
- Se autoriza cambio en la formula cuali-cuantitativa.

SE CANCELA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL TAL COMO: SECRETO INDUSTRIAL, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN II Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016





- Se autoriza la inclusión del fabricante alterno Koprán Limited con domicilio de acuerdo al Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación remitido.
- A solicitud del titular se elimina la presentación para 500 mg.
- Se autorizan marbetes actualizados conforme la NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios para la presentación previamente autorizada.
- Se actualiza la Información para Prescribir en su versión amplia y reducida con fundamento en el Artículo 42 de Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad
- Con base en el artículo 189 del Reglamento de Insumos para la Salud se autoriza plazo de 120 días para agotar existencias del material impreso y/o producto terminado con las condiciones previas a esta autorización.
- Se le recuerda que para la renovación de la presente autorización Sanitaria, deberá presentar las evidencias de cumplimiento con lo establecido en la NOM-220-SSA1-2012, "Instalación y Operación de la Farmacovigilancia"; y del reglamento de insumos para la salud, en particular a lo establecido en el artículo 190 - Bis 1 del mismo, relativo a presentar los acuses emitidos por el Centro Nacional de Farmacovigilancia (Informe de Seguridad en México, Reporte Periódico de Seguridad y Reporte de Estudios Clínicos, cuando aplique).
- Las condiciones sanitarias del producto al que hace referencia la presente autorización podrán ser verificadas en cualquier momento por la autoridad sanitaria. Lo anterior de conformidad con los artículos 17 BIS fracciones IV y VI y 378 de la Ley General de Salud; 1, 2, 13 y 16 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo 2 fracción III, 218, fracción I. C., 220 fracciones III y VI del Reglamento de Insumos para la Salud.
- El titular del presente registro sanitario deberá de mantener vigente el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación durante la vigencia del registro sanitario que se otorga en este acto.

Anexos: 24.

SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN
EL COMISIONADO DE AUTORIZACIÓN SANITARIA

JUAN CARLOS GARCÍA SOLÓRZANO

ANEXOS
DIVISION DE CONTRATOS

ANEXO NÚMERO 10 (DIEZ)

FORMATO PARA LA MANIFESTACIÓN QUE DEBERÁN PRESENTAR LOS PROVEEDORES QUE PARTICIPEN EN LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES, Y DAR CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN LA REGLA 5.2 DEL ACUERDO DE REGLAS DE FECHA 28 DE DICIEMBRE DEL 2010.

México, D.F., a 20 de enero de 2016

Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios
Coordinación Técnica de Bienes y Servicios
División de Bienes Terapéuticos
Presente.

Me refiero al procedimiento Licitación Pública Nacional Electrónica No. OA-019GYR047-N79-2015, mediante la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuentos ADQUISICIÓN DE: MEDICAMENTOS GRUPO 010 EN SUS PRESENTACIONES DE GENÉRICOS Y DE REFERENCIA (REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD, PUBLICADO EN EL DOF EL 02 01 2008), PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DEL IMSS (DELEGACIONES Y UMAE'S), DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE), DE PETRÓLEOS MEXICANOS (PEMEX), DE LA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA), DE LA SECRETARÍA DE MARINA (SEMAR), DE LA SECRETARÍA DE SALUD (SALUD), , DE LOS HOSPITALES FEDERALES (HOSPITALES), DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD (INSTITUTOS) Y DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD ESTATALES (SECRETARÍAS), EJERCICIO FISCAL 2016 en el que mi representada, la empresa Mesalud, S.A. de C.V. participa a través de la presente propuesta.

Sobre el particular, y en los términos de lo previsto en las "Reglas para la celebración de licitaciones públicas internacionales bajo la cobertura de tratados de libre comercio suscritos por los Estados Unidos Mexicanos", el que suscribe manifiesta bajo protesta de decir verdad que, en el supuesto de que me sea adjudicado el contrato respectivo, la totalidad de los bienes que oferto en dicha propuesta y suministraré, bajo la partida,

CLAVE
010 000 2132 00 00

será(n) producido(s) en los Estados Unidos Mexicanos y contarán con un porcentaje de contenido nacional de cuando menos el 65%.

De igual forma, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que tengo conocimiento de lo previsto en el artículo 57 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En este sentido, me comprometo, en caso de ser requerido, a aceptar una verificación del cumplimiento de los requisitos sobre el contenido nacional de los bienes aquí ofertados, a través de la exhibición de la información documental correspondiente y/o a través de una inspección física de la planta industrial en la que se producen los bienes, conservando dicha información por tres años a partir de la entrega de los bienes a la convocante.

ATENTAMENTE

Dra. Rosa María Rivera López
Representante Legal
Mesalud, S.A. de C.V.



153300/502B0009,
153300/EL531262

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA
SUBDIRECCIÓN EJECUTIVA DE LICENCIAS SANITARIAS
0905385

Nombre del Propietario: Ultra Laboratorios, S.A. de C.V.
Razón social o Denominación: Ultra Laboratorios, S.A. de C.V.
Domicilio: Dr. Roberto Michel No. 2920
Colonia y/o Localidad: Álamo Industrial C.P. 44490
Delegación o Municipio: Guadalajara (039)
Entidad Federativa: Jalisco (14)

LICENCIA SANITARIA NO.

14 039 02 0011

325412
02

CLASIFICACIÓN AUTORIZADA PARA:
FABRICACIÓN DE PREPARACIONES FARMACÉUTICAS
Fábrica o Laboratorio de Medicamentos o Productos Biológicos para uso Humano

LINEAS DE FABRICACION AUTORIZADAS

- Sólidos Orales: Tableta, Tabletas de liberación prolongada, Comprimidos, Cápsulas de gelatina dura, Polvo, Polvo para suspensión, Polvo para solución, Polvo efervescente, Polvo para inhalación, Granulado
- Líquidos Orales: Solución, Suspensión, Jarabe
- Sólidos Orales - Hormonales: Tabletas, Tabletas de liberación prolongada, Comprimidos
- Semisólidos - Hormonales: Crema, Ungüento, Gel, Pomada
- Sólidos Orales - Herbolarios: Tabletas, Cápsulas de gelatina dura
- Sólidos Orales - Oncológicos: Cápsulas de gelatina dura, Tabletas, Tabletas de liberación prolongada, Comprimidos
- Estériles - Oncológicos: Solución inyectable en frasco ampula, Suspensión inyectable en frasco ampula, Emulsión inyectable en frasco ampula, Liofilizado para solución inyectable en frasco ampula

FECHA DE EXPEDICIÓN

03/Sep/2015



PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA

SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN FEDERAL DE PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS
SUBDIRECCIÓN EJECUTIVA DE
LICENCIAS SANITARIAS
POR TIEMPO INDETERMINADO DE
CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 370 DE LA
LEY GENERAL DE SALUD

MARCOS LAUREANO SOLIS LEYVA
SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE LICENCIAS SANITARIAS

En ejercicio de la facultad delegada en el artículo Vigésimo Primero del Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se delegan las facultades que se señalan, en los órganos administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2010. Última reforma: 2012.

ARTÍCULOS 4 FRACCIÓN II INCISO C Y 14 FRACCIÓN I DEL REGLAMENTO DE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
ESTA LICENCIA DEBERÁ ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO

CAS-SELS

CAS SELS-GFM/141300502B0009
M.L.S.L. / IVCN / MAP

ANEXOS

CAS-SELS-P-01-POI-03-F-01

DIVISION DE CONTRATOS

COF 001001

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
FORMATO AVISOS



No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)	NO. RUPA
---	----------

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

1.- AVISO:

RELACIONADOS CON LICENCIA **MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE AVISO DE FUNCIONAMIENTO O LICENCIA**

BAJA DEFINITIVA SUSPENSIÓN TEMPORAL DE ACTIVIDADES REINICIO DE ACTIVIDADES

DE RESPONSABLE SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS QUE OPERAN CON LICENCIA

ALTA BAJA DEFINITIVA MODIFICACIÓN

IMPORTACIÓN **PREVISIONES** **PUBLICIDAD** **ANOMALIA O IRREGULARIDAD SANITARIA**
EXPORTACIÓN **INFORME ANUAL** **MAQUILA** **PRÓRROGA DE PLAZO PARA AGOTAR EXISTENCIAS DE INSUMOS**

HOMOCLAVE DEL TRÁMITE: COFEPRIS-05-050 NOMBRE DEL TRÁMITE: AVISO DE MODIFICACIÓN AL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD DE ESTABLECIMIENTOS QUE OPERAN CON LICENCIA

MODALIDAD DEL TRÁMITE:

2.- MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

TIPO: REPRESENTANTE LEGAL PERSONAS AUTORIZADAS HORARIO

DICE: Protección contra riesgos químicos

DEBE DE REGISTRARSE: 13 JUL 2010

CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS

30 RECIBIDO

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES REINICIO DE ACTIVIDADES BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO

DE: [DÍA] [MES] [AÑO] A: [DÍA] [MES] [AÑO] FECHA: [DÍA] [MES] [AÑO]

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE PODRÁ AMPLIAR EL CAMPO O REPRODUCIR ESTE RECUADRO EN HOJA ADJUNTA
NOTA: EL CAMBIO DE UBICACIÓN DE UN ESTABLECIMIENTO CON LICENCIA, REQUIERE LA SOLICITUD DE UNA NUEVA LICENCIA. (ARTÍCULO 373 DE LA LEY GENERAL DE SALUD)

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO / PROPIETARIO

CLAVE (SCIAN): 325412 DESCRIPCIÓN DEL SCIAN: FABRICACION DE PREPARACIONES FARMACEUTICAS
 02 Fabrica ó laboratorio de medicamentos o productos biológicos para uso Humano.

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V. R.F.C.: ULA 010207 TY5
 C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: DR. ROBERTO MICHEL 2920 COLONIA: ÁLAMO INDUSTRIAL DELEGACIÓN O MUNICIPIO: GUADALAJARA
 LOCALIDAD: GUADALAJARA CÓDIGO POSTAL: 44490 ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO
 ENTRE CALLE: PARRAS Y CALLE: NOPAL TELÉFONO: 35-87-23-70,71,72 FAX: EXT. 102
 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V. R.F.C.: ULA 010207 TY5
 CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: DR. ROBERTO MICHEL 2920 COLONIA: ÁLAMO INDUSTRIAL DELEGACIÓN O MUNICIPIO: GUADALAJARA
 LOCALIDAD: GUADALAJARA CÓDIGO POSTAL: 44490 ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO
 ENTRE CALLE: PARRAS Y CALLE: NOPAL TELÉFONO: 35-87-23-70,71,72 FAX: EXT. 102

No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO: 14 039 02 0011 R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN: VAF550514UA8

HORARIO:	D	LX	MX	JX	VX	S	DE	8	A	5	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES (a)	DÍA	MES	AÑO
	D	LX	MX	JX	VX	S	DE	8	A	5				

REPRESENTANTE LEGAL			
NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO
CP. MIGUEL ANGEL GARCÍA PÉREZ	[REDACTED]		magp@ultralaboratorios.com.mx
SR. JOSÉ LUIS RUBIO SANTIAGO	[REDACTED]		lrubio@ultralaboratorios.com.mx
QFI. CONCEPCIÓN VÁZQUEZ FLORES	[REDACTED]		c.vazquez@ultralaboratorios.com.mx
PERSONA AUTORIZADA			
NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO
GUADALUPE IRMA MUNGUÍA AGUILAR	[REDACTED]		gima_47@hotmail.com
ELSA IVONNE GARCÍA SALCEDO	[REDACTED]		gelsaivonne@yahoo.com.mx
JOSÉ IVAN PALAFOX GARCÍA	[REDACTED]		manchester630@hotmail.com



DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO																															
Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la sección 4A del instructivo de llenado.																															
	PRODUCTO																														
1) CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO																															
2) ESPECIFICAR																															
3) DENOMINACIÓN ESPECÍFICA DEL PRODUCTO																															
4) NOMBRE (MARCA COMERCIAL) O DENOMINACIÓN DISTINTIVA																															
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA																															
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA																															
7) DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (DCI), DENOMINACIÓN GENÉRICA O NOMBRE CIENTÍFICO																															
8) FORMA FARMACÉUTICA O ESTADO FÍSICO																															
9) CANTIDAD O VOLUMEN TOTAL																															
10) UNIDAD DE MEDIDA																															
11) TIPO DE PRODUCTO																															
12) USO ESPECÍFICO O PROCESO	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
13) CONCENTRACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO Y VALOR TOTAL EN DÓLARES																															
14) FECHA A REALIZAR MOVIMIENTO O FECHA DEL ÚLTIMO BALANCE PARA AVISO DE PREVISIÓN DE COMPRA VENTA																															
15) N.º REGISTRO O AUTORIZACIÓN SANITARIA, O CLAVE ALFANUMÉRICA																															
16) FRACCIÓN ARANCELARIA																															
17) PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA O TIPO DE ENVASE																															
18) CANTIDAD DE LOTES																															
19) PRÓRROGA DE PLAZO PARA AGOTAR EXISTENCIAS HASTA 120 DÍAS																															
20) PRESENTACIÓN DESTINADA A:	<table border="0"> <tr> <td>EXPORTACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>G. I.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>EXPORTACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>G. I.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECTOR SALUD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>VENTA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>SECTOR SALUD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>VENTA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	EXPORTACIÓN	<input type="checkbox"/>	G. I.	<input type="checkbox"/>	EXPORTACIÓN	<input type="checkbox"/>	G. I.	<input type="checkbox"/>	SECTOR SALUD	<input type="checkbox"/>	VENTA	<input type="checkbox"/>	SECTOR SALUD	<input type="checkbox"/>	VENTA	<input type="checkbox"/>														
EXPORTACIÓN	<input type="checkbox"/>	G. I.	<input type="checkbox"/>	EXPORTACIÓN	<input type="checkbox"/>	G. I.	<input type="checkbox"/>																								
SECTOR SALUD	<input type="checkbox"/>	VENTA	<input type="checkbox"/>	SECTOR SALUD	<input type="checkbox"/>	VENTA	<input type="checkbox"/>																								
21) UNIDAD DE MEDIDA DE APLICACIÓN DE LA TIGIE (UMT)																															
22) CANTIDAD DE UNIDAD DE DE MEDIDA DE APLICACIÓN DE LA TIGIE																															
23) MODELO																															
24) DESCRIPCIÓN O DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO																															

NOTA: PARA EL CASO DE MÁS DE DOS PRODUCTOS, REPRODUCIR ESTA HOJA TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO CONFORME A LO ESTABLECIDO POR TIPO DE TRÁMITE.

ANEXOS
DIVISION DE CONTRATOS

ALTA <input type="checkbox"/>		MODIFICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>		BAJA <input type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO CONCEPCIÓN ALBINA VÁZQUEZ FLORES			R.F.C. VAFC550514UA8		
C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)		CORREO ELECTRÓNICO c.vazquez@ultralaboratorios.com.mx		HORARIO: D LX MX MX JX VX S DE 9 A 5 D LX MX MX JX VX S DE 9 A 5	
CON TÍTULO PROFESIONAL DE: QUÍMICA FARMACEUTICA INDUSTRIAL		TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL		No. DE CÉDULA PROFESIONAL No. 861525	
ESPECIALIDAD DE: N/A		TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR: N/A		No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD N/A	
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO <i>Vazquez</i>			Secretaría de Salud Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios 13 JUL 2010		
EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE			CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS		
NOMBRE COMPLETO N/A			R.F.C. N/A		

30 RECIBIDO

6. DATOS CON QUIEN EFECTUA LA OPERACION DE MAQUILA.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		R.F.C.	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
NOMBRE DEL RESPONSABLE SANITARIO		R.F.C.	
		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO	TELÉFONO Y FAX	TIEMPO DE DURACIÓN DE LA MAQUILA	
PROCESOS A MAQUILAR		MOTIVO DE LA MAQUILA	

NOMBRE DEL FABRICANTE		R.F.C.	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)	
LOCALIDAD (a)	CÓDIGO POSTAL (a)	ENTIDAD FEDERATIVA (a)	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		R.F.C.	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)	
LOCALIDAD (a)	CÓDIGO POSTAL (a)	ENTIDAD FEDERATIVA (a)	
NOMBRE DEL FACTURADOR O CONSIGNATARIO (b)		R.F.C.	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO (a)	
LOCALIDAD (a)	CÓDIGO POSTAL (a)	ENTIDAD FEDERATIVA (a)	
PAÍS DE ORIGEN	PAÍS DE PROCEDENCIA	PAÍS DE DESTINO	
1) ADUANA DE ENTRADA/SALIDA	2) ADUANA DE ENTRADA/SALIDA	3) ADUANA DE ENTRADA/SALIDA	

(a) SOLO CUANDO EL ESTABLECIMIENTO ESTE DOMICILIADO EN MÉXICO
 (b) LOS DATOS DEL CONSIGNATARIO APLICA ÚNICAMENTE EN EL TRÁMITE DE IMPORTACIÓN O EXPORTACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS ESENCIALES

8. DATOS DE PUBLICIDAD.

POBLACIÓN EN GENERAL (MASIVA) <input type="checkbox"/>		PROFESIONALES DE LA SALUD <input type="checkbox"/>	
MEDIO PUBLICITARIO			
AGENCIA (Nombre o razón social)			
CALLE Y NÚMERO	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA	
TELÉFONO Y FAX	NÚMERO DE PRODUCTOS	DURACIÓN O TAMAÑO (a)	

(a) EXCEPTO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.

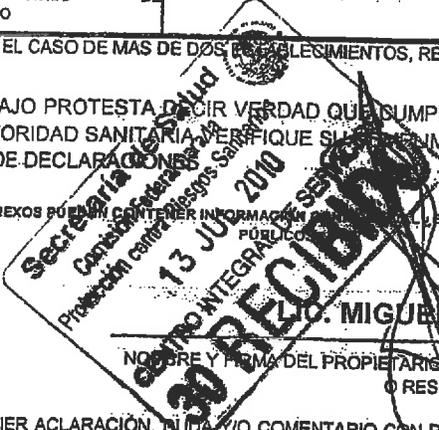
9. INFORME ANUAL DE LA ACTIVIDAD REGULADA.

	ESTABLECIMIENTO	ESTABLECIMIENTO
RAZÓN SOCIAL		
R.F.C.		
CALLE Y NÚMERO		
COLONIA		
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		
CÓDIGO POSTAL		
LOCALIDAD		
ENTIDAD FEDERATIVA		
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD REGULADA		
FECHA EN QUE SE REALIZO LA ACTIVIDAD REGULADA		
SUSTANCIA		
CANTIDAD O VOLUMEN		
No. LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO		

NOTA: PARA EL CASO DE MAS DE DOS ESTABLECIMIENTOS, REPRODUCIR ESTA HOJA, TANTAS VEGES COMO SEA NECESARIO.

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SI CUMPLE EL ESTABLECIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSIDAD DE DECLARACIONES.

LOS DATOS O ANEXOS PUEBEN CONTENER INFORMACION PUBLICA. ESTO DE ACUERDO EN HACERLOS SI NO



LIC. MIGUEL ANGEL GARCÍA PÉREZ

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO O RESPONSABLE DE OPERACIÓN.

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-112-0584 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DEL 911 EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 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.

ANEXOS
DIVISION DE CONTRATOS

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

NO. RUPA

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 COMPUTADORA

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO
 AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO
 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO
 AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD

FARMACIA HOMEOPÁTICA
 FARMACIA ALOPÁTICA
 BOTICA
 DROGUERÍA
 SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS

FABRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
 FABRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS

ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
 ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS
 CONSULTORIO

COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS
 CONSULTORIO DENTAL

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
 AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)

SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS
 ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES

ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL
 PRODUCTOS CON LIMITE DE METALES PESADOS

IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIIS.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS

CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N.
433110	Comercio al por mayor de Productos Farmacéuticos (Incluye medicamentos y remedios herbolarios. Sin manejo de medicamentos controlados ni biológicos)

2 DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL): **MESALUD S.A. DE C.V.**
 R.F.C.: **MES-041206-FD7**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **JOSE VASCONCELOS No. 220 PISO 3**
 COLONIA: **HIPÓDROMO CONDESA**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **CUAUHTEMOC**

LOCALIDAD: **CUAUHTEMOC**
 CÓDIGO POSTAL: **06170**
 ENTIDAD FEDERATIVA: **DISTRITO FEDERAL**

ENTRE CALLE: **VICENTE SUÁREZ**
 Y CALLE: **FRANCISCO MÁRQUEZ**
 TELÉFONO: **55-55478615**
 FAX: **55-55416286**

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **MESALUD S.A. DE C.V.**
 R.F.C.: **MES-041206-FD7**

CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR: **AZAHARES No. 73**
 COLONIA: **SANTA MARIA INSURGENTES**
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: **CUAUHTEMOC**

LOCALIDAD: **CUAUHTEMOC**
 CÓDIGO POSTAL: **06430**
 ENTIDAD FEDERATIVA: **DISTRITO FEDERAL**

ENTRE CALLE: **OYAMEL**
 Y CALLE: **GERANIO**
 TELÉFONO: **55-55476347**
 FAX: **55-55476347**

HORARIO:	D	S	DE	09:00	A	18:00	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES:	DÍA	MES	AÑO
	D	S	DE	09:00	A	18:00				

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO: **RODRIGO HERNÁNDEZ AGUIRRE**
 C.U.R.P.:
 (DATO OPCIONAL)
 CORREO ELECTRÓNICO: **rhernandez@mesalud.com.mx**

PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO: **EUGENIA CASTRO BADILLO**
 C.U.R.P.:
 (DATO OPCIONAL)
 CORREO ELECTRÓNICO: **ecastro@mesalud.com.mx**

ROSA MARIA RIVERA LOPEZ
 CORREO ELECTRÓNICO: **rmrivera@mesalud.com.mx**

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRÉSENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

4 DATOS DE LA AMBULANCIA (LLENAR UN AVISO POR CADA AMBULANCIA)

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº. DE PLACAS			
Nº. DE MOTOR			

5 DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO (EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS)

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO
LAURA SAMAYOA RODRIGUEZ

R.F.C.
SARL7307028XA

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) **Isamayoa@cimsaproducos.com.mx** CORREO ELECTRÓNICO

HORARIO: D L M M J V S DE 15:00 A 18:00

CON TÍTULO PROFESIONAL DE **QUIMICO FARMACÉUTICO BIOLOGO** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA** Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL **2985945**

ESPECIALIDAD DE **QUIMICO FARMACÉUTICO BIOLOGO** TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA** Nº. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD **2985945**

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO
Laura Samayoa Rodríguez

EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR **HECTOR RAMIREZ LOPEZ** R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR **R40117950**

6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA. EN CASO DE NUEVO O BAJA, EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	PRODUCTO O SERVICIO					PRODUCTO O SERVICIO				
	NUEVO <input type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA INSUMOS PARA LA SALUD					CATEGORÍA				
	GRUPO MEDICAMENTOS					GRUPO				
	SUBGRUPO MEDICAMENTOS ALOPATICOS (FRACCION IV, V, VI)					SUBGRUPO				
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MÁQUILA	R.F.C.					R.F.C.				
	RAZÓN SOCIAL					RAZÓN SOCIAL				
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.					R.F.C.				
	RAZÓN SOCIAL					RAZÓN SOCIAL				
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>					NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>				
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO, CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RÉCUIADRO, TANTAS VECES COMO LE REQUIERAN.

ANEXOS
DIVISION DE CONTRATOS

TABLA "A"

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 congelado
3.- Fabricación	7.- Acondicionamiento	11.- Transporte a temperatura de refrigerador	15.- Expendio o suministro al público
4.- Preparación	8.- Envasado	12.- Distribución	

7 PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA(S) MODIFICACIÓN(ES) QUE DEBE REALIZAR, EN SEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS.

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DECIR									
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>											
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>											
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>											
R.F.C. <input type="checkbox"/>											
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>											
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input type="checkbox"/>											
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>											
PERSONA AUTORIZADA <input checked="" type="checkbox"/>	HECTOR RAMIREZ LOPEZ EUGENIA CASTRO BADILLO ROSA MARIA RIVERA LOPEZ	EUGENIA CASTRO BADILLO ROSA MARIA RIVERA LOPEZ									
HORARIO <input checked="" type="checkbox"/>	LUNES A SABADO DE 9:00 A 18:00 HRS	LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HRS									
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input checked="" type="checkbox"/>	TELÉFONO DE ESTABLECIMIENTO FAX DEL ESTABLECIMIENTO	TELÉFONO Y FAX DEL ESTABLECIMIENTO									
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGÚRESE DE 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 ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS? SI NO

LIC. RODRIGO HERNÁNDEZ AGUIRRE
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA 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 EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 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.

TABLA "B" CATEGORIA DE PRODUCTOS

CATEGORIA	PROCESO	GRUPO	DESCRIPCION		
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 Congelado	Alimentos	Cereales Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Pastas y derivados Productos de la pesca frescos y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harina y cereales Azúcar y productos de confitería Té y productos para infusión Condimentos Suplementos Alimenticios Alimentos preparados (paquetes, ensaladas, salsas) Huevo y derivados		
		Bebidas no alcohólicas	Agua purificada Jugos y Néctares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Galletinas y bebidas congeladas Bebidas aromatizadas (con taurina, cafeína, glutamato, etc.)		
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas		
		Productos Cosméticos	Lociones, perfumes y desodorantes Tintes Productos para los ojos Productos para los labios Cremas, lociones y productos para la cara Cremas, bloqueadores, bronceadores y productos para el cuidado del cuerpo Shampoo y productos para el cuidado del cabello Jabones de tocador y toallas húmedas de tocador		
		Productos de Aseo y Limpieza	Detergentes (polvo, líquido y pasta) Blanqueadores o agentes oxitantes Aromatizantes Desinfectantes a base de amoníaco		
		Materia Prima	Lácteos y cárnico Harinas, harinas y derivados Aceites y grasas		
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores escolares Restaurantes, bquerías, etc. Servicios de banquetes Bares, cafeterías, discotecas, etc. Cafeterías		
		Aditivos	Colorantes y espesantes Edulcorantes Colorantes Saborizantes Antioxidantes Conservadores		
		Servicios	Servicio de tatuajes, microplumaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Microplumaciones Perforaciones
		Insumos para la Salud	Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución	Medicamentos	Medicamentos Allopáticos (deberá indicar la fracción del medicamento según tipo de suministro o venta al público) Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbales Medicamentos vitamínicos
Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público	Dispositivos Médicos		Equipo médico Prótesis, ortesis y ayudas funcionales Aparatos de diagnóstico Instrumentos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de sutura Productos Higiénicos		
	Remedios Herbolarios				
Salud Ambiental	Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público	Plaguicidas	Origen químico Biológicos Microbianos Misceláneos		
		Sustancias Tóxicas	Nombre de la sustancia tóxica		
		Preparado Químico y/o Producto Químico Esencial	Nombre del Preparado Químico y/o Producto Químico Esencial		
		Nutrientes Vegetales	Origen		
	Productos con límite de metales pesados		Otros Otros		

ANEXOS

DIVISION DE CONTRATOS



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

NO. RUPA

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 COMPUTADORA

1 SELECCIONE EL TIPO DE TRÁMITE Y LA MODALIDAD	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO <input type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/>	
AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DE RESPONSABLE SANITARIO <input type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> FARMACIA HOMEOPÁTICA <input type="radio"/> FARMACIA ALOPÁTICA <input type="radio"/> BOTICA <input type="radio"/> DROGUERÍA	SIN VENTA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NI PRODUCTOS BIOLÓGICOS
<input type="radio"/> FÁBRICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input checked="" type="radio"/> ALMACÉN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS <input type="radio"/> FÁBRICA DE REMEDIOS HERBOLARIOS	<input checked="" type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS <input type="radio"/> ALMACÉN DE MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REALIZA ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS <input type="radio"/> COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS <input type="radio"/> LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS <input type="radio"/> SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	<input type="radio"/> CONSULTORIO <input type="radio"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="radio"/> AMBULANCIA (SI MARCA ESTA OPCIÓN FAVOR DE REQUISITAR EL RECUADRO No. 4)
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMBIENTAL <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR PLAGUICIDAS <input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR SUSTANCIAS TÓXICAS DE USO INDUSTRIAL	<input type="radio"/> ESTABLECIMIENTO QUE ALMACENA O COMERCIALIZA AL POR MAYOR NUTRIENTES VEGETALES <input type="radio"/> PRODUCTOS CON LÍMITE DE METALES PESADOS
IMPORTANTE: INDIQUE LA CLAVE Y SU DESCRIPCIÓN DEL SCIAN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO, CONSULTE LA PAGINA WWW.COFEPRIIS.GOB.MX EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS	
CLAVE (S.C.I.A.N.)	DESCRIPCIÓN DEL SCIAN.
433110	Comercio al por mayor de Productos Farmacéuticos (incluye medicamentos y remedios herbolarios. Sin manejo de medicamentos controlados ni biológicos)
435313	Comercio al por mayor de mobiliario, equipo e instrumental médico y de laboratorio (excepto mobiliario médico)

2 DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL)	
MESALUD S.A. DE C.V.	R.F.C. MES-041206-FD7
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
JOSE VASCONCELOS No. 220 PISO 3	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
LOCALIDAD	CUAUHTEMOC
CÓDIGO POSTAL	ENTIDAD FEDERATIVA
0 6 1 7 0	DISTRITO FEDERAL
ENTRE CALLE	Y CALLE
VICENTE SUÁREZ	FRANCISCO MÁRQUEZ
TELÉFONO	FAX
55-55478615	55-55416286

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	
MESALUD S.A. DE C.V.	R.F.C. MES-041206-FD7
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
AZAHARES No. 73	CUAUHTEMOC
LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA
SANTA MARIA INSURGENTES	DISTRITO FEDERAL
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
0 6 4 3 0	55-55476347
ENTRE CALLE	Y CALLE
OYAMEL	GERANIO
TELÉFONO	FAX
55-55476347	55-55476347
HORARIO:	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES
D	S DE 09:00 A 18:00
D	S DE 09:00 A 18:00
REPRESENTANTE LEGAL	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
RODRIGO HERNÁNDEZ AGUIRRE	CORREO ELECTRÓNICO
	rhernandez@mesalud.com.mx
PERSONA AUTORIZADA	C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)
EUGENIA CASTRO BADILLO	CORREO ELECTRÓNICO
ROSA MARIA RIVERA LOPEZ	ecastro@mesalud.com.mx
	mrrivera@mesalud.com.mx

IMPORTANTE: UTILICE UN FORMATO PARA CADA TRÁMITE Y PRESENTELO EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE

CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
Nº. DE PLACAS			
Nº. DE MOTOR			

DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

ALTA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN BAJA

NOMBRE COMPLETO: LAURA SAMAYOA RODRIGUEZ R.F.C.: SARL7307028XA

C.U.R.P.: (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRÓNICO: lsamayoa@cimsaproductos.com.mx HORARIO: D S DE 15:00 A 18:00

CON TÍTULO PROFESIONAL DE: QUIMICO FARMACÉUTICO BIOLOGO TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA ESPECIALIDAD DE: TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios No. DE CÉDULA PROFESIONAL: 2985945 No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD:

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO: *28 OCT. 2014 Say*

EN CASO DE MODIFICACIÓN DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR: R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR:

DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O MODIFICADO

1) SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE PRODUCTO O SERVICIO

NOTIFIQUE UN PRODUCTO POR CADA COLUMNA EN CASO DE NUEVO O BAJA. EN CASO DE MODIFICAR UN PRODUCTO UTILICE LA PRIMERA COLUMNA PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y LA SEGUNDA COLUMNA PARA LOS DATOS DEL PRODUCTO YA MODIFICADO.

	FORMA DE PRODUCTO O SERVICIO			FORMA DE PRODUCTO O SERVICIO						
	NUEVO <input type="radio"/>	A MODIFICAR <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>	NUEVO <input type="radio"/>	YA MODIFICADO <input type="radio"/>	BAJA <input type="radio"/>				
2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"	CATEGORÍA: INSUMOS PARA LA SALUD			CATEGORÍA: INSUMOS PARA LA SALUD						
	GRUPO: MEDICAMENTOS			GRUPO: DISPOSITIVOS MEDICOS						
	SUBGRUPO: MEDICAMENTOS ALOPATICOS (FRACCION IV, V, VI)			SUBGRUPO: MATERIALES QUIRURGICOS Y DE CURACION						
3) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
4) MARCA COMERCIAL										
5) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.:			R.F.C.:						
	RAZÓN SOCIAL:			RAZÓN SOCIAL:						
6) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.:			R.F.C.:						
	RAZÓN SOCIAL:			RAZÓN SOCIAL:						
7) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO	NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/>						
8) PROCESO MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "A"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.

ANEXOS
DIVISION DE CONTRATOS

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 congelado
3.- Fabricación	7.- Acondicionamiento	11.- Transporte a temperatura de refrigerador	15.- Expendio o suministro al público
4.- Preparación	8.- Envasado	12.- Distribución	

7 PARA LA MODIFICACIÓN O CANCELACIÓN DE LOS DATOS PRESENTADOS EN ESTE FORMULARIO, SE PRESENTA UN AVISO DE FUNCIONAMIENTO. SELECCIONE LA(S) MODIFICACIÓN(ES) QUE DEBE REALIZAR EN SEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DEBE MODIFICAR Y EN LA COLUMNA DEBE DE DECIR LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS.

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DE DECIR									
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>											
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>											
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>											
R.F.C. <input type="checkbox"/>											
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>											
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS <input checked="" type="checkbox"/>	433110 Comercio al por mayor de Productos farmacéuticos (incluye medicamentos y remedios herbolarios. Sin manejo de medicamentos controlados ni biológicos)	433110 Comercio al por mayor de Productos Farmacéuticos (incluye medicamentos y remedios herbolarios. Sin manejo de medicamentos controlados ni biológicos) 435313 Comercio al por mayor de mobiliario, equipo e Instrumental médico y de laboratorio (excepto mobiliario médico)									
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>											
PERSONA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>											
HORARIO <input type="checkbox"/>											
OTROS (TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO) <input type="checkbox"/>											
SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> A <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR LOS CAMPOS

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGÚRESE DE 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 FALSIEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS? SI NO

Secretaría de Salud
Comisión Federal para la
Protección contra Riesgos Sanitarios
28 OCT 2014
55 EMPLEADO
LIC. RODRIGO HERNANDEZ AGUIRRE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA 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 EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 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.

ANEXO 1. CATEGORÍA DE PRODUCTOS

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 Congelado	Alimentos	Cárnicos Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Restos y obradores Productos de la pesca fresca y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harina y cereales Azúcar y productos de confitería Té y productos para infusión Condimentos Suplementos Alimenticios Alimentos preparados (pastales, ensaladas, salsas) Huevo y derivados		
		Bebidas no alcohólicas	Agua purificada Jugos y Néctares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas azucaradas (con azúcar, cafeína, gluconolactona, etc.)		
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas		
		Productos Cosméticos	Lociones, perfumes y desodorantes Tintes Productos para los ojos Productos para los labios Cremas, lociones y productos para la cara Cremas, bloqueadores, bronceadores y productos para el cuidado del cuerpo Shampoo y productos para el cuidado del cabello Jabones de tocador y jabón líquido de tocador		
		Productos de Aseo y Limpieza	Detergentes (pólv. líquido y pasta) Blanqueadores o agentes oxidantes Aromatizantes Desinfectantes a base de amoníaco		
		Materia Primas	Lácteos y cárnicos Féculas, harinas y derivados Aceites y grasas		
		Expendio y suministro de alimentos.	Cortadores Industriales Paquetes, paquetes, etc. Servicio de banquetes Bares, cantinas, discotecas, etc. Cafeterías		
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Edulcorantes Colorantes SabORIZANTES Antioxidantes Conservadores		
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Micropigmentaciones Perforaciones
		Insumos para la Salud	Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución	Medicamentos	Medicamentos Alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según tipo de suministro o venta al público) Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbolarios Medicamentos vitamínicos
Materiales Primas para Medicamentos					
Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público	Dispositivos Médicos		Equipo médico Prótesis, Ortesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Insumos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de curación Productos Higiénicos		
Salud Ambiental	Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público	Plaguides	Origen químico, Botánicos Microbianos Misceláneos		
		Sustancias Tóxicas	Nombre de la sustancia tóxica		
		Precursores Químicos y/o Productos Químicos Esenciales	Nombre del Precursor Químico y/o Producto Químico Esencial		
		Nutrientes Vegetales	Orgánicos		
		Productos con límite de metales pesados	Inorgánicos Orgánicos Otros		

ANEXOS

DIVISION DE CONTRATOS

