



Solicitud de Acceso a la Información Número: 070125024000028

La Unidad de Transparencia del H. Ayuntamiento de Comitán de Domínguez, Chiapas, en la Ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas; con fecha 13 de junio del 2024, en base a lo dispuesto por los artículos 194 fracción I y II, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, y en relación a la solicitud de información generada a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, número 070125024000028, tiene a bien expedir el siguiente:

ACUERDO DE RESOLUCIÓN.

Téngase por recepcionada la petición número 070125024000028, presentada por el solicitante: **Julián Cuevas Beltrán**, quien solicita que la información generada sea proporcionada a través de la Plataforma Nacional de Transparencia:

1. Medidas sanitarias y evidencia fotográfica de su cumplimiento. "Sí"

Con la petición en mérito, fórmese el expediente de solicitud respectivo y regístrese en el libro electrónico bajo el número que le corresponda. -----

Ahora bien, una vez analizada la solicitud recibida el día 22 de mayo del 2024 y con fundamento en los artículos 67 y 70, fracciones I, IV y V, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, este H. Ayuntamiento de Comitán de Domínguez, Chiapas es competente para brindar atención a la presente solicitud en términos de los artículos 69 f de la ley en cita, se acuerda lo siguiente: --

Se hace del conocimiento al solicitante que se envió oficio de número **P.M/U.T./59/2024** para dilucidar la pregunta planteada y recabar la información correspondiente, a **Rastro Municipal** de este H. Ayuntamiento de Comitán de Domínguez, Chiapas, por ser un asunto de su competencia, y una vez recabada la información por el área correspondiente, mediante oficio número: **008/DRM/2024**, nos dan respuesta haciendo llegar a esta Unidad la misma. -----

La presente resolución se emite en términos del artículo 152 párrafo primero de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas. ---

Por lo anteriormente expuesto, se tiene como cumplimentada y contestada la presente solicitud de acceso a la información pública, a través del presente acuerdo de resolución, concluyendo "**COMPETENTE**".-----

Notifíquese al interesado el contenido del presente acuerdo, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, en virtud de que el solicitante no especifica correo electrónico y/o domicilio cierto para recibir notificaciones. -----

En su oportunidad, archívese el presente asunto como total y definitivamente concluido. Proveído y firmado por la Unidad de Transparencia del H. Ayuntamiento de Comitán de Domínguez, Chiapas.





COMITÁN
—DE DOMÍNGUEZ—
VA POR TI
2021 ▶ 2024

Comitán de Domínguez, Chiapas; a 06 de julio del 2024

Of. No. 008/DRM/2024

ASUNTO: respuesta a solicitud de acceso a la
información pública.

C. Julián Cuevas Beltrán
PRESENTE.

En atención a la solicitud recibida con fecha de 24 de mayo del 2024, y con numero de oficio PM/UT/59/2024, Donde se tuvo por recibida la solicitud de acceso a la información pública con número de folio 070125024000028, presentado a través de la plataforma nacional de transparencia PNT.

Donde se nos solicitan información respecto a:

- Medidas sanitarias y evidencia fotográfica de su cumplimiento
- Cuentan con los permisos necesarios para su operación
- Proporcione el certificado vigente de operación

Con relación a lo anterior mencionado, la dirección del Rastro Municipal de este H. Ayuntamiento de Comitán de Domínguez, Chiapas, le permite informar todos los datos solicitados anexándolos en este documento.

Sin más por el momento me despido de usted. Enviándole un cordial saludo.

Atentamente



**RASTRO
MUNICIPAL**
VA POR TI
2021 ▶ 2024

Mtra. Gabriela Aguilar Guillen
Directora del Rastro Municipal
"Nueve Estrellas"

c.c.p.- Minutario



**RASTRO
MUNICIPAL**
VA POR TI
2021 ▶ 2024





COMITÁN
— DE DOMÍNGUEZ —
VA POR TI
2021 ▶ 2024

Solicitud de información pública

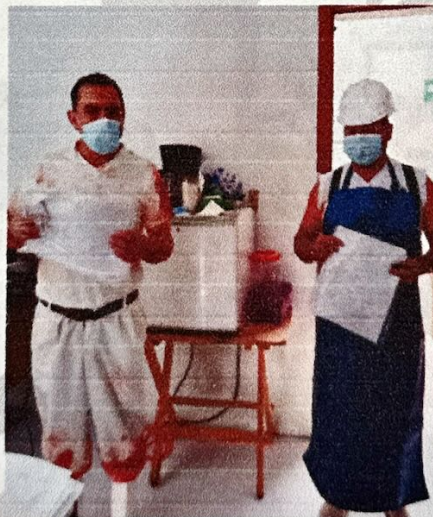
1.- ¿Medidas Sanitarias y evidencia fotográfica de su cumplimiento?

Las Medidas Sanitarias son muy importantes para esta área de trabajo donde contamos con las siguientes:

- Lavado de manos
- Uso de cubrebocas
- Desinfección de áreas
- Control de roedores
- Fumigación de áreas
- Manejo sanitario de la carne

Evidencia Fotográfica

Uso de cubrebocas



RASTRO MUNICIPAL
VA POR TI
2021 ▶ 2024



Palacio Municipal S/N, Colonia Centro C.P. 30000



www.comitan.gob.mx



COMITÁN
— DE DOMÍNGUEZ —
VA POR TI
2021 ▶ 2024

Lavado de Manos
(se imparte cursos de lavado de manos eficiente para los trabajadores).



RASTRO MUNICIPAL
VA POR TI
2021 ▶ 2024



Palacio Municipal S/N, Colonia Centro C.P. 30000

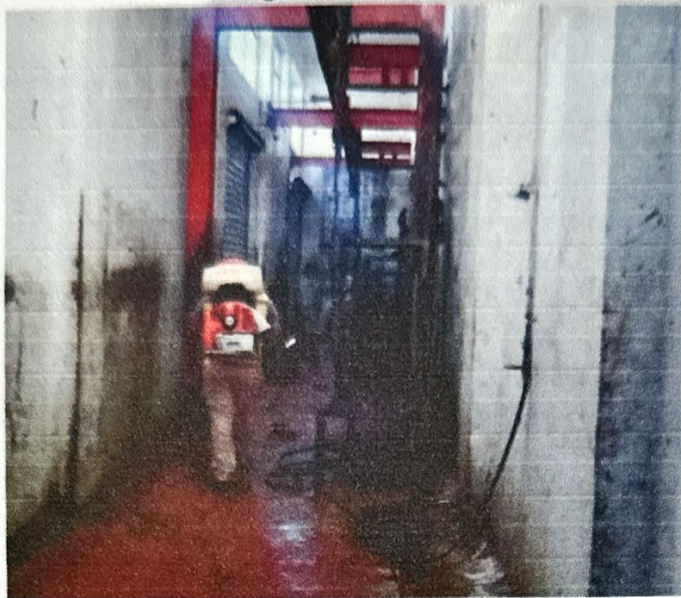


www.comitan.gob.mx



COMITÁN
— DE DOMÍNGUEZ —
VA POR TI
2021 ▶ 2024

Fumigación de áreas



RASTRO MUNICIPAL
VA POR TI
2021 ▶ 2024



Palacio Municipal S/N, Colonia Centro C.P. 30000



www.comitan.gob.mx



COMITÁN
— DE DOMÍNGUEZ —
VA POR TI
2021 ▶ 2024

Control de roedores



g



**RASTRO
MUNICIPAL**
VA POR TI
2021 ▶ 2024



Palacio Municipal S/N, Colonia Centro C.P. 30000



www.comitan.gob.mx

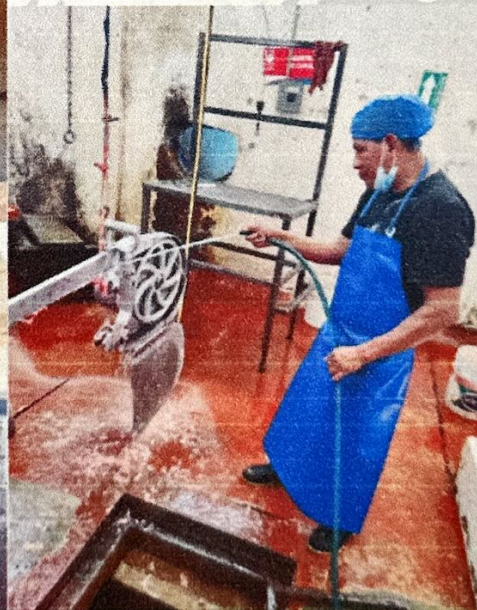


COMITÁN
— DE DOMÍNGUEZ —
VA POR TI
2021 ▶ 2024

Desinfección de Áreas

Se inspecciona minur

Se hace diaria miente un lavado general con jabón y cloro para
para después in desinfectar las áreas de trabajo.



[Handwritten signature]



**RASTRO
MUNICIPAL**
VA POR TI
2021 ▶ 2024



Palacio Municipal S/N, Colonia Centro C.P. 30000



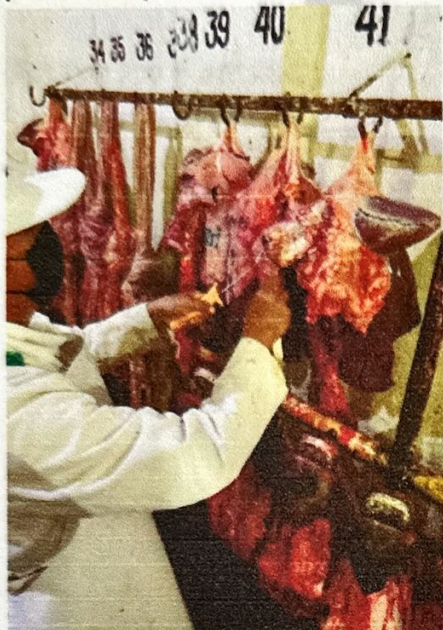
www.comitan.gob.mx



COMITÁN
— DE DOMÍNGUEZ —
VA POR TI
2021 ▶ 2024

Manejo sanitario de la carne

Se inspecciona minuciosamente para verificar la calidad de la misma, si se encuentra alguna anomalía se procede a decomisar para después incinerar.



[Handwritten signature]



**RASTRO
MUNICIPAL**
VA POR TI
2021 ▶ 2024



Palacio Municipal S/N, Colonia Centro C.P. 30000



www.comitan.gob.mx



COMITÁN
— DE DOMÍNGUEZ —
VAPOR TI
2021 ▶ 2024

¿Cuentan con permisos necesarios para la operación?

Si, en el Rastro Municipal se cuentan con todos los permisos Necesarios para trabajar y poder sacrificar animales.

Anexo los Permisos.



VENTANILLA LOCAL SINIIGA LA TRINITARIA

Viernes, 09 de Febrero de 2024

A QUIEN CORRESPONDA

Por medio de la presente se le informa que el Prestador de Servicios Ganaderos C. MUNICIPIO DE COMITAN DE DOMINGUEZ

con clave de PSG 07-019-0005-P03

FOLIO HOLOGRAMA E-960747



ha sido actualizado satisfactoriamente en el Padrón Ganadero Nacional ubicándolo en el municipio de Comitán de Domínguez en el estado de Chiapas

Se extiende la presente para los fines que al interesado convengan. Quedo de Usted para cualquier duda o aclaración al respecto.

ING. ERISSEL PEREYRA OZUNA
Jefe de

VENTANILLA LOCAL SINIIGA LA TRINITARIA

C.C.p. Archivo

La presente constancia no tendrá validez si no presenta el sello de la Ventanilla, firma y Holograma de Siniiga.

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



RASTRO MUNICIPAL
VAPOR TI
2021 ▶ 2024



Palacio Municipal S/N, Colonia Centro C.P. 30000



www.comitan.gob.mx

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

Antes de llenar este formato lee cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.
Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS-05-019

Nombre: AVISO DE MODIFICACION AL AVISO DE FUNCIONAMIENTO O BAJA DE ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS

Modalidad:

2. Datos del propietario

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC: MCD850101RVA

Denominación o razón social:

MUNICIPIO DE COMITAN DE DOMINGUEZ

Representante legal o apoderado que solicita el trámite

RFC: AUGG790920

CURP (opcional): AUGG790920MCSGLB02

Nombre(s): GABRIELA

Primer apellido: AGUILAR

Segundo apellido: GUILLEN

Lada: 963

Teléfono: 1145846

Extensión:

Correo electrónico:

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 30000

Tipo y nombre de vialidad:

AVENIDA CENTRAL

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: S/N

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

COLONIA CENTRO

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

Localidad: COMITAN DE DOMINGUEZ

Municipio o alcaldía: COMITAN DE DOMINGUEZ

Entidad Federativa: CHIAPAS

Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA CENTRAL

Y vialidad (tipo y nombre): 1ª AVENIDA ORIENTE NORTE

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada:

Teléfono:

Extensión:

"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: MCD850101RVA Denominación o razón social: RASTRO FRIGORIFICO MUNICIPAL DE COMITAN NUEVE ESTRELLAS

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

311611

MATANZA DE GANADO, AVES Y OTROS ANIMALES COMESTIBLES

(RASTRO)

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 07:00 a 15:00
HH MM HH MM
D L M M J V S de HH MM a HH MM
HH MM HH MM
Fecha de inicio de operaciones: 26 / 05 / 2006
DD MM AAAA



Domicilio del establecimiento

Código postal: 30070

Tipo y nombre de vialidad: PERIFERICO SUR

(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)

Número exterior: S/N Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

BARRIO LOS SABINOS

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

Localidad: COMITAN DE DOMINGUEZ

Municipio o alcaldía: COMITAN DE DOMINGUEZ

Entidad Federativa: CHIAPAS

Entre vialidad (tipo y nombre): FABRICA DE TOTIS

Y vialidad (tipo y nombre): ZONA ROSA

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada: 963

Teléfono: 1043722

Extensión:

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

Representante legal

CURP (opcional): AUGG790920MCSGLB02

Nombre(s): GABRIELA

Primer apellido: AGUILAR

Segundo apellido: GUILLÉN

Lada: 963

Teléfono: 1145846

Extensión:

Correo electrónico: rastros-municipal@comitan.gob.mx

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

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

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

☐ Alta ☐ Baja ☐ 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

☐ 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

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

Representante legal

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:

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

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

Categoría: PRODUCTOS

Grupo: ALIMENTOS

Subgrupo: RASTROS Y OBRADORES

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

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:

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

Categoría:

Grupo:

Subgrupo:

3) Denominación genérica y específica del producto o servicio:

4) Marca comercial del producto:

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")

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

☐ 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

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Datos del Propietario

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

Debe decir

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

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
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 exterior:
	Número interior:	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
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
Domicilio del establecimiento	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 exterior:
	Número interior:	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:	
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
Clave SCIAN y su descripción		

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Representante legal	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s): DANIEL OSWALDO	Nombre(s): GABRIELA
	Primer apellido: PEREZ	Primer apellido: AGUILAR
	Segundo apellido: LOPEZ	Segundo apellido: GUILLEN
	Lada:	Lada: 963
	Teléfono:	Teléfono: 1145846
	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
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 De DD / MM / AAAA A DD / MM / AAAA		<input type="radio"/> Reinicio de actividades Fecha DD / MM / AAAA	<input type="radio"/> Baja definitiva del establecimiento
---	--	---	---

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

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

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


C. GABRIELA AGUILAR GUILLEN

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 Cápsulas Tabletas o comprimidos 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 Destiladas Preparadas Coctel Licor o crema
		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 cárnicos Aceites y grasas Féculas, harinas y derivados
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores industriales Bares, cantinas, discotecas, etc. Restaurantes, taquerías, etc. Cafeterías Servicios de banquetes
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Saborizantes Edulcorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
		Tatuajes	Tatuajes Perforaciones Micropigmentaciones
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Perforaciones Micropigmentaciones

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Tabla "B" (continuación)		Subgrupo	
Categoría	Proceso	Grupo	
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general	Nombre de la especialidad
		Consultorio de atención médica especializada	
		Consultorio de estomatología	
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Especificar Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa Ultrasonografía
		Gabinetes de diagnóstico	
	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 Representante legal en México de una empresa en el extranjero
		Medicamentos	
	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) Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbolarios Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos
	Expendio o suministro al público	Farmacia alopática	
		Farmacia homeopática	
		Botica	
	Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Plaguicidas
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