





**JUNTA MUNICIPAL**  
DE AGUA Y SANEAMIENTO  
DE CHIHUAHUA



**073**  
**CIS**  
CENTRO DE INFORMACION  
Y SERVICIOS

# RECIBO DE PAGO

**Contrato:** 0110157 **Clase Usuario:** Abarrotes, carnicerías  
**Fecha Servicio:** Diciembre  
**Nombre:** RUBEN BELTRAN LICON  
**Direccion:** CENTRO, PASEO BOLIVAR 104  
**Sector:** 37 **Ruta:** 3701 **Secuencia:** 117 **Num Cuenta:** 3700016000004  
**Consumo:** 10 **Clave:** Medidor en malas condiciones  
**Lec. Anterior:** 1,841 **Lec. Actual:** 1,851  
**Medidor:** 816924

**Total a Pagar: \$152.99**

**SEMAFORO**

- CORTE
- REZAGO
- AL DIA

Agua potable, comercial	124.14
Derecho Federal de Extracción	7.54
Drenaje, comercial	1.25
IVA	20.05
<b>Total del mes</b>	<b>152.99</b>
<b>Adeudo Total</b>	<b>152.99</b>

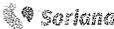
**Consumos:**

ENE/2017(10) FEB/2017(10) MAR/2017(13) ABR/2017(10)  
MAY/2017(11) JUN/2017(10) JUL/2017(10) AGO/2017(10)  
SEP/2017(10) OCT/2017(10) NOV/2017(10) DIC/2017(10)

**REFERENCIA BANCARIA**

Banamex B 183101111015718710252	Santander	1338/111015718710222
Bancoimer 0698946/111015718710222	Scotia	1096/111015718710222
Banorte 82293/111015718710239	Bajío/HSBC	443/111015718710222

CONVENIO





Servicio de Administración Tributaria  
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

**CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL**

CLAVE DE REG. FED. DE CONTRIBUYENTE

**RMS060531URO**

NOMBRE/DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

**REPRESENTACIONES MEDICAS  
SN SA DE CV**

FOLIO **F 5484315**

**CHIH-12/09/2006-E 3h9CrLmlEhB**

**INSCRIPCIÓN EN EL R.F.C.**

EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA LE DA A CONOCER EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES. LE HA SIDO ASIGNADO CON BASE EN LOS DATOS, QUE PROPORCIONÓ, LOS CUALES HAN QUEDADO REGISTRADOS CONFORME A LO SIGUIENTE:

NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

**REPRESENTACIONES MEDICAS SN SA DE CV**

DOMICILIO

**PASEO BOLIVAR 104 ZONA CENTRO ENTRE CALLES INDEPENDENCIA Y TERCER CHIHUAHUA CHIHUAHUA C.P. 31000**

**CLAVE DEL R.F.C.**

**RMS060531URO**

ADMINISTRACIÓN LOCAL DE RECAUDACIÓN

**CHIHUAHUA**

ACTIVIDAD

**APARATOS Y ARTICULOS ORTOPEDICOS**

SITUACIÓN DE REGISTRO

**ACTIVO**

FECHA DE INSCRIPCIÓN

**2006/06/13**

FECHA DE INICIO DE OPERACIONES

**2006/05/31**

**OBLIGACIONES**

CLAVE

R17

R18

S200

V5

DESCRIPCIÓN

RETENCION Salarios y demás prestaciones que deriven de una relación laboral

RETENCION Ingresos asimilados a salarios

Sociedad mercantil u otra persona moral

IVA Por los actos o actividades que realicen causa este impuesto

FECHA A

2006/05/

2006/05/

2006/05/

2006/05/

TRÁMITES EFECTUADOS

FECHA DE PRESENTACIÓN

FOLIO DEL TRÁMITE

CANJE DE CEDULA PROVISIONAL

2006/09/12

3946365

INSCRIPCION PERSONA MORAL

2006/06/13

3772323

CHIHUAHUA, CHIH. A 13 DE SEPTIEMBRE DE 2006

TELEFONO DE ATENCION CIUDADANA

(QUEJAS Y SUGERENCIAS) 01-800-728-2000

ADMINISTRADOR LOCAL DE RECAUDACION

CHIHUAHUA

**00060609569363**

**LIC. JORGE CORDOVA CHAVEZ**

LEX

**CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL**



RMS060531UR0  
Registro Federal de Contribuyentes

REPRESENTACIONES MEDICAS  
SN  
Nombre, denominación o razón  
social

idCIF: 16080537033  
VALIDA TU INFORMACIÓN  
FISCAL



**CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL**

Lugar y Fecha de Emisión  
**CHIHUAHUA , CHIHUAHUA A 18 DE ENERO DE 2017**



RMS060531UR0

**Datos de Identificación del Contribuyente:**

RFC:	RMS060531UR0
Denominación/Razón Social:	REPRESENTACIONES MEDICAS SN
Régimen Capital:	SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE
Nombre Comercial:	
Fecha inicio de operaciones:	31 DE MAYO DE 2006
Estatus en el padrón:	ACTIVO
Fecha de último cambio de estado:	31 DE MAYO DE 2006

**Datos de Ubicación:**

Código Postal:31000	Tipo de Vialidad: CALLE
Nombre de Vialidad: PASEO BOLIVAR	Número Exterior: 104
Número Interior:	Nombre de la Colonia: ZONA CENTRO
Nombre de la Localidad:	Nombre del Municipio o Demarcación Territorial: CHIHUAHUA
Nombre de la Entidad Federativa: CHIHUAHUA	Entre Calle: AV. INDEPENDENCI
Y Calle: 3A	Correo Electrónico: ruben_b@terra.com.mx



**Contacto**

Av. Hidalgo 77, col. Guerrero, c.p. 06300, Ciudad de México.  
Atención telefónica: 627 22 728 desde la Ciudad de México,  
o 01 (55) 627 22 728 del resto del país.  
Desde Estados Unidos y Canadá 1 877 44 88 728.  
denuncias@sat.gob.mx

Tel. Fijo Lada:

Número: 614/410-9506

**Actividades Económicas:**

Orden	Actividad Económica	Porcentaje	Fecha Inicio	Fecha Fin
1	Comercio al por menor de aparatos ortopédicos	100	31/05/2006	

**Regímenes:**

Régimen	Fecha Inicio	Fecha Fin
Régimen General de Ley Personas Morales	31/05/2006	

**Obligaciones:**

Descripción de la Obligación	Descripción Vencimiento	Fecha Inicio	Fecha Fin
Entero de retenciones mensuales de ISR por sueldos y salarios	A más tardar el día 17 del mes inmediato posterior al periodo que corresponda.	31/05/2006	
Declaración informativa anual de clientes y proveedores de bienes y servicios. Impuesto sobre la renta.	A más tardar el 15 de febrero del año siguiente	31/05/2006	
declaración informativa anual de retenciones de ISR por sueldos y salarios e ingresos asimilados a salarios	A más tardar el 15 de febrero del año siguiente	31/05/2006	
Entero de retenciones mensuales de ISR por ingresos asimilados a salarios	A más tardar el día 17 del mes inmediato posterior al periodo que corresponda.	31/05/2006	
Declaración informativa de IVA con la anual de ISR	Conjuntamente con la declaración anual del ejercicio.	31/05/2006	
Pago definitivo mensual de IVA.	A más tardar el día 17 del mes inmediato posterior al periodo que corresponda.	31/05/2006	
Declaración anual de ISR del ejercicio Personas morales.	Dentro de los tres meses siguientes al cierre del ejercicio.	31/05/2006	
declaración informativa mensual de operaciones con terceros de IVA	A más tardar el último día del mes inmediato posterior al periodo que corresponda.	01/09/2006	
Pago provisional mensual de ISR personas morales régimen general	A más tardar el día 17 del mes inmediato posterior al periodo que corresponda.	01/01/2007	
Informativa anual del subsidio para el empleo	A más tardar el 15 de febrero de cada año	01/01/2008	

Sus datos personales son incorporados y protegidos en los sistemas del SAT, de conformidad con los Lineamientos de Protección de Datos Personales y con diversas disposiciones fiscales y legales sobre confidencialidad y protección de datos, a fin de ejercer las facultades conferidas a la autoridad fiscal.

Si desea modificar o corregir sus datos personales, puede acudir a cualquier Módulo de Servicios Tributarios y/o a través de la dirección <http://sat.gob.mx>

Cadena Original Sello:  
Sello Digital:

||2017/01/18|RMS060531UR0|CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL|2000001000007000112188||  
NnXalAaUb7FbZv+1TuZVEm7CCVIZhAsTn4sW3eZyRM99EdbsVEYx3rxojo2d+Jyj7R7osLWWA2Yifyj24p4BpXL  
CHUFSJLrVsyjfl+wmwDTawwFks7HVP5Cp+eRsJTts5924SWr9zNqRrGwcyrcjn1Y04MjFBJ20pTbruGsgVE=

**Contacto**

Av. Hidalgo 77, col. Guerrero, c.p. 06300, Ciudad de México.  
Atención telefónica: 627 22 728 desde la Ciudad de México,  
o 01 (55) 627 22 728 del resto del país.  
Desde Estados Unidos y Canadá 1 877 44 88 728  
[denuncias@sat.gob.mx](mailto:denuncias@sat.gob.mx)



# 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 checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE MODIFICACIÓN O BAJA DEL ESTABLECIMIENTO <input 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 type="radio"/> ALMACÉN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS O DE REMEDIOS HERBOLARIOS
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 (MARGA ESTA OPCIÓN FAVOR REQUISITAR EL REGISTRO No. 4)	RECEIVED stamp: Secretaría de Salud, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, 12 ABO 2016	
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 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.COFEPRI.S.GOB.MX, EN LA SECCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
CLAVE (S.C.I.A.N.) <b>435313</b>	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N. <b>Comercio al por mayor de mobiliario, equipo e instrumental médico y de laboratorio (Excepto mobiliario médico)</b>		

2 DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) <b>REPRESENTACIONES MEDICAS SN S.A. DE C.V.</b>		R.F.C. <b>RMS 060531 URO</b> C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR <b>PASEO BOLIVAR No 104</b>	COLONIA <b>CENTRO</b>	DELEGACIÓN O MUNICIPIO <b>CHIHUAHUA</b>	
LOCALIDAD <b>CHIHUAHUA</b>	CÓDIGO POSTAL <b>3 1 0 U U</b>	ENTIDAD FEDERATIVA <b>CHIHUAHUA</b>	
ENTRE CALLE <b>INDEPENDENCIA</b>	Y CALLE <b>C. 3a</b>	TELÉFONO <b>614 410 95 06</b>	FAX <b>614 410 95 06</b>

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																															
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <b>REPRESENTACIONES MEDICAS SN S.A. DE C.V.</b>						R.F.C. <b>RMS 060531 URO</b>																									
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR <b>PASEO BOLIVAR No 104</b>			COLONIA <b>CENTRO</b>			DELEGACIÓN O MUNICIPIO <b>CHIHUAHUA</b>																									
LOCALIDAD <b>CHIHUAHUA</b>			CÓDIGO POSTAL <b>3 1 0 U U</b>			ENTIDAD FEDERATIVA <b>CHIHUAHUA</b>																									
ENTRE CALLE <b>INDEPENDENCIA</b>		Y CALLE <b>C. 3a</b>		TELÉFONO <b>614 410 95 06</b>			FAX <b>614 410 95 06</b>																								
HORARIO: <table border="1" style="font-size: small; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>DE</td><td>09:00</td><td>A</td><td>20:00</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>DE</td><td>10:00</td><td>A</td><td>15:00</td> </tr> </table>		D	L	M	M	J	V	S	DE	09:00	A	20:00	D	L	M	M	J	V	S	DE	10:00	A	15:00	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES 31 DIA, 5 MES, 2016 AÑO							
D	L	M	M	J	V	S	DE	09:00	A	20:00																					
D	L	M	M	J	V	S	DE	10:00	A	15:00																					
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE COMPLETO <b>RUBEN BELTRAN LICON</b>				C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) <b>BELR650126HCHLCB06</b>			CORREO ELECTRÓNICO <b>ruben.beltran@yahoo.com.mx</b>																								
PERSONA AUTORIZADA NOMBRE COMPLETO <b>VICTOR SAUL HERNANDEZ VILLAR</b>				C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)			CORREO ELECTRÓNICO <b>saul.hdezvillar@yahoo.com.mx</b>																								

**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

**LUIS FERNANDO LEAL HERNANDEZ**

R.F.C.

**LEHL 671014 I47**

C.U.R.P.

(DATO OPCIONAL)

CORREO ELECTRÓNICO

**fernandolealh@**

HORARIO:

D	L	M	M	J	V	S	DE	11:00	A	13:00
D	L	M	M	J	V	S	DE		A	

CON TÍTULO PROFESIONAL DE

**MEDICO CIRUJANO PARTERO**

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA**

No. DE CREDENCIAL PROFESIONAL

**191580**

ESPECIALIDAD DE

TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR

No. DE CREDENCIAL ESPECIALIDAD

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO

*[Handwritten Signature]*

12 ABO 2011  
**RECIBIDO**

EN CASO DE MODIFICACION DE RESPONSABLE, INDIQUE EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR

**6 DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR:**

APLICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL.

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	A MODIFICAR	BAJA			NUEVO	YA MODIFICADO	BAJA		
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

2) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO CONFORME A LA TABLA "B"

CATEGORÍA	CATEGORÍA
<b>INSUMOS PARA LA SALUD</b>	
GRUPO	GRUPO
<b>DISPOSITIVOS MEDICOS</b>	
SUBGRUPO	SUBGRUPO
<b>Prótesis, órtesis y ayudas funcionales</b>	

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) 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.

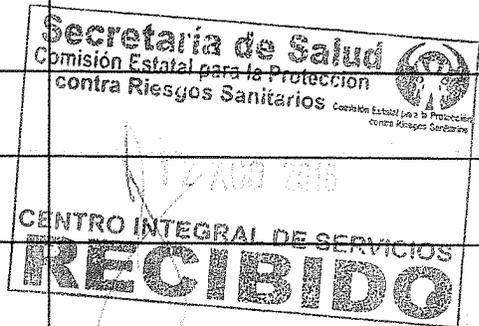
**TABLA A**

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 MODIFICACION O ACTUALIZACION DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACION (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS COMPLETOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DE DECIR" LOS DATOS COMPLETOS YA ACTUALIZADOS**

TIPO DE MODIFICACION	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 type="checkbox"/>											
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 FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

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

**RUBEN BELTRÁN LICON/ Representante Legal**

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.