

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 lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.

Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.

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

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS-05-18

Nombre: ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS BIENES Y SERVICIOS

Modalidad:

2. Datos del propietario

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC: EYM2106085R0

Denominación o razón social:

4EVER YOUTHFUL MEDICAL SPA S.A. DE C.V.

Representante legal o apoderado que solicita el trámite

RFC:

CURP (opcional): FEXS790103HNEHC02

Nombre(s): SCOTT CHARLES

Primer apellido: FEHER

Segundo apellido:

Lada: 99

Teléfono: 842319725

Extensión:

Correo electrónico: GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

COORDINACIÓN DE PROTECCIÓN

CONTRA RIESGOS SANITARIOS ZONA CENTRO

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 77720

Tipo y nombre de vialidad:

CARRETERA FEDERAL CUNCUN TULUM

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

Número exterior: MANZANA 329

Número interior: LOTE 009 LOC

57 Y 58 A

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

COLONIA EJIDAL

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

Localidad: PLAYA DEL CARMEN

Municipio o alcaldía: SOLIDARIDAD

Entidad Federativa: QUINTANA ROO

Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA SUSANO AGUILAR

Y vialidad (tipo y nombre): CALLE: 49 SUR

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada: 99

Teléfono: 842319725

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:	Denominación o razón social:	4EVER YOUTHFUL MEDICAL SPA
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	
812110	Salones y clínicas de belleza y peluquerías	
	Spa-servicio de masaje en zonas urbanas	



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

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
COORDINACIÓN DE PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS ZONA CENTRO

Horario de operaciones										
D	L	M	M	J	V	S	de	08:00 HH: MM	a	18:00 HH: MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH: MM	a	HH: MM
Fecha de inicio de operaciones:								30 DD	/	11 MM
									/	2021 AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal:	77720	Localidad:	PLAYA DEL CARMEN
Tipo y nombre de vialidad:		Municipio o alcaldía:	SOLIDARIDAD
CARRETERA FEDERAL CANCUN TULUM		Entidad Federativa:	QUINTANA ROO
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)		Entre vialidad (tipo y nombre):	AVENIDA SUSANO AGUILAR
Número exterior:	MANZANA 329	Y vialidad (tipo y nombre):	CALLE: 49 SUR
Número interior:	LOTE 009 LOC 57 Y 58 A	Vialidad posterior (tipo y nombre):	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:		Lada:	99
COLONIA EJIDAL		Teléfono:	842319725
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)		Extensión:	

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

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

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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

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

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

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

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			
☐ Aérea ☐ Marítima ☐ Terrestre ☐ Alta ☐ Baja ☐ A modificar			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Segunda tabla			
☐ Aérea ☐ Marítima ☐ Terrestre ☐ Ya modificado			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

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

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

Primera columna											
☒ Alta			☐ Baja			☐ A modificar					
RFC:		RACP880930LL2									
CURP (opcional):		RACP880930HVZMSB04									
Nombre(s):		PABLO ALBERTO									
Primer apellido:		RAMIREZ									
Segundo apellido:		CASTRO									
Lada:		22									
Teléfono:		92666660									
Extensión:											
Correo electrónico:		pablomz@gmail.com									
Con título profesional de:		MÉDICO CIRUJANO									
Título profesional expedido por:		UNIVERSIDAD VERACRUZANA									
Número de cédula profesional:		9369524									
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	10:00	a	14:00	
								HH: MM		HH: MM	
D	L	M	M	J	V	S	de	HH: MM	a	HH: MM	
								HH: MM		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	
								HH: MM		HH: MM	
D	L	M	M	J	V	S	de	HH: MM	a	HH: MM	
								HH: MM		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											
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:											
☐ Nuevo ☐ A modificar ☐ Baja											

Producto o Servicio											
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:											
☐ Nuevo ☐ Ya modificado ☐ Baja											

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Categoría:

PRODUCTOS Y SERVICIOS

Grupo: SERVICIOS DE MASAJES CORPORALES Y FACIALES

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:

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")

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.

☐ 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	

Tabla "A" Proceso

1. Obtención	5. Conservación	9. Manipulación	13. Almacenamiento a temperatura ambiente
2. Elaboración	6. Mezclado	10. Transporte a temperatura ambiente	14. Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelación
3. Fabricación	7. Acondicionamiento	11. Transporte a temperatura de refrigeración	15. Expendio o suministro al público
4. Preparación	8. Envasado	12. Distribución	

7. Modificación o actualización de datos para establecimientos

Seleccione la(s) modificación(es) o actualización(es) que desee realizar.

En la tabla "Dice" colocar los datos completos actuales.

En la tabla "Debe decir" colocar los datos completos ya modificados.

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
Datos del Propietario	Persona física	Persona física
	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Persona moral	Persona moral
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cfepris.gob.mx

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

Nota: Reproducir el apartado de representante legal, tantas veces como representantes legales tenga notificados o requiera notificar.

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

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.

☐ Suspensión de actividades		☐ Reinicio de actividades		☐ Baja definitiva del establecimiento	
De	DD / MM / AAAA	A	DD / MM / AAAA	Fecha	DD / MM / AAAA

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

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

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

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO
 SECRETARÍA DE ECONOMÍA
 SUBSECRETARÍA DE ECONOMÍA
 DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y FISCOSANIDAD
 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	Polvero 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 Polvero 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 aromología (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 Educorantes Antioxidantes Colorantes Conservadores
Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes	Tatuajes Perforaciones Micropigmentaciones

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
Servicios de salud	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general	Nombre de la especialidad
		Consultorio de atención médica especializada	
		Consultorio de estomatología	
		Otros consultorios para el cuidado de la salud	Especificar
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa Ultrasonografía
		Gabinetes de diagnóstico	
	Servicios de asistencia social	Planificación familiar	
		Salud mental	
		Rehabilitación	
		Atención médica paliativa	
Insumos para la salud	Expendio o suministro al público	Asistencia social	Especificar
		Comercio al por menor de lentes	
	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Remedios herbolarios	
		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
	Distribución	Medicamentos	Nombre químico de la sustancia
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Medicamentos alopatícos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público)
		Medicamentos	Medicamentos homeopáticos
	Expendio o suministro al público	Farmacia alopatíca	Medicamentos herbolarios
		Farmacia homeopática	Medicamentos vitamínicos
		Botica	Medicamentos biotecnológicos
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Plaguicidas	Químicos Botánicos Bioquímicos Misceláneos Microbianos
		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 Inoculante Mejorador de suelo Regulador de crecimiento Humectante de suelo
		Productos con límite de metales pesados	Juguetes
			Cerámica vidriada Artículos escolares