

# DIGIPRIS

## Manual de uso



▼ **Aviso de Responsable Sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con Licencia Sanitaria.**  
COFEPRIS-05-011

▼ **Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que opera con Licencia Sanitaria.**  
COFEPRIS-05-012

▼ **Aviso temporal de Responsable Sanitario de insumos para la salud**  
COFEPRIS-05-013





A continuación se enlistan los pasos para solicitar:

- a) Aviso de Responsable Sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con Licencia Sanitaria (**COFEPRIS-05-011**).
- b) Aviso de modificación o baja del responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que opera con Licencia Sanitaria (**COFEPRIS-05-012**).
- c) Aviso temporal de responsable sanitario de insumos para la salud (**COFEPRIS-05-013**).

## Acceso al Sistema

1.- Para ingresar a DIGIPRiS entre a **<https://www.gob.mx/cofepris>**, diríjase a la sección “ligas de interés” y de clic en **“Plataforma de trámites autogestivos y electrónicos”**.





2.- Una vez en el sitio, dará clic en la sección de “Trámites autogestivos”, posteriormente en “Inicio de sesión”.

\* En caso de no tener usuario, dar clic en “Regístrate”.

### Trámites autogestivos

Trámites que no requieren cita, ni evaluación por parte de la Cofepris. Los datos registrados por el usuario se validarán dentro de DIGIPRiS, dando una respuesta inmediata y digital.

Es necesario que el usuario esté dado de alta en DIGIPRiS y cuente con la e.firma.

[Accede aquí](#)

- [Conoce los manuales DIGIPRiS](#)
- [Preguntas frecuentes](#)

### Trámites electrónicos

Trámites realizados vía portal de internet que pueden tener una

## DIGIPRiS: Plataforma de Trámites y Servicios de la COFEPRIS

DIGIPRiS te ofrece la opción de realizar trámites a través de la web

DIGIPRiS es la plataforma de la Cofepris que permite realizar trámites y servicios de forma más ágil, basándose en las mejores prácticas regulatorias.

Con DIGIPRiS, nos dirigimos hacia:

- Una mayor eficiencia en la gestión de los trámites, lo que reduce la carga administrativa de la ciudadanía.
- Una transformación profunda al interior de la Cofepris, en términos de modernización administrativa y sustentabilidad, con el fin de convertirnos en una institución 100% libre de papel.
- El ejercicio efectivo de la transparencia, la rendición de cuentas y el combate a la corrupción, al garantizar la trazabilidad de cada uno de los trámites.

### ¿Quiénes pueden usar la plataforma?

La digitalización refrenda nuestro compromiso como agencia de regulación sanitaria innovadora, que protege la salud de las personas en nuestro país. De esta forma, se optimiza y garantiza la confianza, certeza y seguridad en nuestros trámites y servicios.

Por ello, a través de DIGIPRiS se busca que personas físicas y morales puedan ingresar de forma digital sus trámites, desde la comodidad de su hogar, negocio u oficina las 24 horas del día, los 365 días del año.

Regístrate o inicia sesión para utilizar DIGIPRiS y realizar tus trámites y servicios en línea.

[Inicia sesión](#) [Regístrate](#)

3.- Para iniciar sesión, se deberán ingresar los datos de la e.firma (Certificado .cer) con la que se registró previamente, y se dará clic en “Validar datos”, visualizar los datos vinculados a la e.firma, de ser correctos de clic en “Continuar”.

DIGIPRiS: Plataforma de Trámites y Servicios de la COFEPRIS

### Inicio de sesión

Ingresa los siguientes datos para acceder a tu cuenta:

Certificado (.cer)(\*)

Buscar

Llave privada (.key)(\*)

Buscar

Contraseña de clave privada(\*)

\* Campos obligatorios

[Validar datos](#)

DIGIPRiS: Plataforma de Trámites y Servicios de la COFEPRIS

### Inicio

Listo, tus datos son correctos

RFC:

ZAPATERIA URTADO ÑERI SA DE CV

Antes de acceder a DIGIPRiS, selecciona la empresa con la que requieras trabajar:

[Continuar](#)



4.- Seleccione la persona física/moral con la que se va a realizar el trámite.



5.- En la página principal de su sesión, desplácese a la sección de Funcionalidades de la plataforma y en **Catálogo de trámites** de clic en “Ver trámites”.

### Funcionalidades de la plataforma

**Catálogo de trámites**  
Trámites para alta, modificación, suspensión y baja.

Ver trámites

**¡Consulta tus establecimientos!**  
Consulta información de todos tus establecimientos registrados.

Consultar

\*\*Si va a realizar el alta de Aviso de Responsable Sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con Licencia Sanitaria [numeral 6](#).

\*\*Si va a realizar un Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que opera con Licencia Sanitaria [numeral 14](#).

\*\*Si va a realizar un Aviso temporal de responsable sanitario de insumos para la salud [numeral 23](#).



## Aviso de Responsable Sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con Licencia Sanitaria

6.-Una vez en el catálogo de trámites, seleccionar: “Insumos para la Salud” y posteriormente dar clic en “Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con licencia sanitaria”.

- Primero en: “Insumos para la salud”,
- Posteriormente dar clic en “Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con licencia sanitaria”.

**Avisos**

8 Avisos

- Insumos para la salud
- Servicio de salud
- Productos y servicios
- Salud ambiental

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud. Modalidad A.-Fábrica de Dispositivos Médicos o Remedios Herbolarios.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud. Modalidad B.-Almacén de Depósito y/o Distribución de Dispositivos Médicos, o Remedios Herbolarios o Medicamentos No Controlados o Materia Prima para Medicamentos No Controlados.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud. Modalidad C.-Distribuidor de Medicamentos (como Representante Legal en México de una Empresa en el Extranjero).

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud. Modalidad D.-Farmacia Alopática o Farmacia Homeopática (Sin Preparación de Especialidades Farmacéuticas) o Botica.

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud. Modalidad E.-Comercio al por menor de Dispositivos Médicos o Remedios Herbolarios.

**Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con licencia sanitaria**

Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que operan con licencia sanitaria

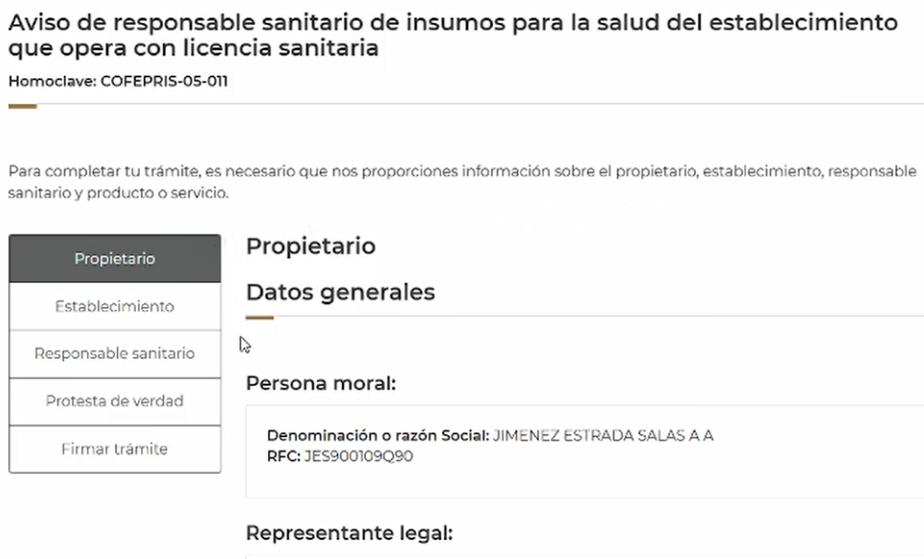
Aviso de designación temporal de responsable sanitario de insumos para la salud.

7.- En la siguiente pantalla seleccionar **Alta** y posteriormente dar clic en “*Iniciar trámite*”.



En esta pantalla se observará además la opción de “Modificación”, el cual debe ser usado en el caso siguiente: dió el alta de su responsable sanitario usando el número de trámite de solicitud de licencia sanitaria y la papeleta de ingreso de trámite como documento de acreditación y ahora ya cuenta con la licencia sanitaria; en esta situación, debe actualizar los datos usando este botón (“**Modificación**”) para colocar ahora el número de la licencia sanitaria (número de la autorización) y cambiar el archivo por una copia legible de la licencia sanitaria para que se considere en futuras solicitudes COFEPRIS-05-012 y COFEPRIS-05-013 (modificación o baja del responsable sanitario y aviso de responsable sanitario temporal, respectivamente).

8.- Al iniciar el trámite se visualizarán en pantalla los datos del **Propietario** que ya han sido cargados previamente durante el registro. Se debe verificar que los datos generales de la persona moral o física, representante legal y su domicilio fiscal sean correctos, de ser el caso, debe dar clic en “*Guardar y Continuar*”.



9.- En la pestaña relacionada al **Establecimiento**:

A) Se puede utilizar uno de los establecimientos previamente registrados en DIGIPRIS.

**Nota:** Si al capturar el “Nombre del establecimiento” le aparece la leyenda “**Este nombre ya está registrado intente con otro**”, lo más probable es que ya tenga un establecimiento registrado con ese mismo nombre y podrá encontrarlo al dar clic en el botón “*Seleccionar*” que se encuentra a la derecha de la casita.

**Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con licencia sanitaria**

Homoclave: COFEPRIS-05-011

Propietario  
Establecimiento  
Responsable sanitario  
Protesta de verdad  
Firmar trámite

**Establecimiento**

Paso 1 Datos | Paso 2 Actividad | Paso 3 Representantes | Paso 4 Vista previa

Puede seleccionar uno de sus establecimientos

Seleccionar

B) Si se desea agregar un nuevo establecimiento, se tiene que ingresar la siguiente información:

El número de licencia sanitaria adjuntando copia de la licencia sanitaria o, si la licencia está en trámite, indique el número de solicitud de licencia sanitaria y adjunte copia de la papeleta y formato de la solicitud de licencia.

Propietario  
Establecimiento  
Responsable sanitario  
Protesta de verdad  
Firmar trámite

**Datos generales**

Es necesario que nos proporciones el número de licencia sanitaria y adjuntar la licencia sanitaria o el número de trámite de solicitud de solicitud de licencia y adjuntar la papeleta de ingreso de la solicitud

Licencia sanitaria  Solicitud de licencia

Número de trámite de solicitud de licencia(\*):

Solicitud de licencia no valida

Documento que acredita la solicitud de licencia(\*):  
Adjunta el acuse de la solicitud:

No se eligió archivo

Buscar

Solo se permitirán documentos .PDF o .JPG con tamaño de 7MB (megas)  
Este campo es obligatorio

Debes ingresar exactamente la misma información que tienes registrada en la Licencia Sanitaria del establecimiento.



Posteriormente; el nombre del establecimiento, datos de contacto y su domicilio, tal como aparecen en su licencia sanitaria o solicitud de licencia.

Propietario	<b>Municipio o demarcación territorial(*):</b> Benito Juárez	
<b>Establecimiento</b>	<b>Colonia o localidad(*):</b> Santa Cruz Atoyac	
Responsable sanitario	<b>Tipo de asentamiento humano(*):</b> Colonia	
Protesta de verdad	<b>Tipo y nombre de vialidad(*):</b> Privada Miguel Hidalgo	
Firmar trámite	<b>Número exterior(*):</b> 152	<b>Número interior:</b> 12
	<b>¿Entre qué vialidades se encuentra?:</b> Calle Uxmal	<b>Ver mapa</b> Y Tipo de vialidad y nombre(*): Avenida Centenario
	<b>Tipo de vialidad y nombre posterior(*):</b> Calle Tezayuca	
	<b>Referencia(*):</b> enfrente del centro comercial	

\* Campos obligatorios

Regresar **Guardar y continuar**

**ATENCIÓN:** "DIGIPRIS no permite cambios en los datos del establecimiento: nombre o razón social y dirección. Por lo tanto, asegúrese de cargar los datos correctamente, ya que si requiere modificar esta información tendrá que hacerlo dando de baja el Aviso de Responsable Sanitario que tiene los datos equivocados y dar de alta otro Aviso de Responsable Sanitario con los datos correctos del establecimiento."

a) Actividad industrial; inicio de operaciones y horarios de atención, al concluir de ingresar la información, de clic en “Continuar”.

b) Así como la información relacionada a sus representantes legales y personas autorizadas; datos generales, identificación oficial vigente y poder notarial y/o acta constitutiva (en caso de ser necesario).

\*Si se ingresa el RFC, de un representante legal registrado con anterioridad, se dará la opción de autocompletar los datos necesarios.





9.1 Al concluir la captura de los datos del establecimiento, podrá visualizar una vista previa y en caso de ser necesario modificar sus datos. Si no se requieren cambios, dar clic en “Continuar”, y se mostrará la pantalla de confirmación, seleccionar “Confirmar” y pasar a la siguiente sección.

Propietario	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Establecimiento</b>	
Responsable sanitario	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

[Agregar horario](#)

### Representante legal y Persona autorizada

#### Representante legal

**Nombre**  
Luis Ian Nuzco Ian Nuzco [Modificar](#)

**Nombre(\*):** Luis Ian Nuzco Ian Nuzco  
**RFC(\*):** IAÑL750210963  
**CURP(\*):** IAÑL750210MDFRMO2  
**Teléfono(\*):** 5550805200      **Extensión:** 2525  
**Correo electrónico(\*):** clinica@bienestar.mx  
**Identificación oficial vigente(\*):** ine\_prueba.pdf  
**Poder notarial o acta constitutiva(\*):** Notarial: Poder-notarial.pdf  
**Alcance del poder notarial o acta constitutiva(\*):** Poder notarial con actos de administración.

(\*) Campos obligatorios

[Regresar](#) [Continuar](#)

10. En la pestaña de Responsable Sanitario, se deberán capturar los datos del responsable sanitario, como lo es el nombre, RFC, CURP, datos de contacto, así como el perfil profesional, número de cédula profesional y jornada laboral.

Propietario	<input checked="" type="checkbox"/>
Establecimiento	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Responsable sanitario</b>	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

**CURP(\*):** GUPH751126MMCRDD14

**Teléfono(\*):** 5550805200      **Extensión:** 2356

**Correo electrónico(\*):** quimicos@corp.mx

#### Perfil profesional

**Título profesional(\*):** Farmacéutico

**Institución(\*):** Universidad Nacional Autónoma de México

**Número de Cédula(\*):** 265  
Este campo es obligatorio

\* Campos obligatorios

[Regresar](#) [Guardar](#)



10.1 Al concluir el ingreso de la información solicitada, se podrá revisar en la vista previa si la información capturada es correcta, de ser el caso deberá dar clic en “Continuar” y posteriormente en “Guardar y continuar”, de lo contrario podrá realizar las modificaciones necesarias en esta pantalla.

### Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con licencia sanitaria

Homoclave: COFEPRIS-05-011

Propietario	✓
Establecimiento	✓
<b>Responsable sanitario</b>	✓
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

#### Responsable sanitario

**Paso 1** Datos   **Paso 2** Jornada laboral   **Paso 3** Vista previa   ✓

**¡Muy bien!**  
Has completado los datos del responsable sanitario  
Continúa con los datos de Protesta de verdad

**Guardar y continuar**

10.2 En **Producto**, deberá seleccionar cuando menos un producto, de acuerdo al giro (Clave SCIAN) con el que cuenta el establecimiento del cual será responsable sanitario, llenando la información que se solicite (Clasificación del producto y Subgrupo), al terminar, debe dar clic en “Guardar y Continuar”.

Homoclave: COFEPRIS-05-011

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
<b>Producto</b>	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

#### Producto o servicio

##### Insumos para la salud

Comercio al por mayor de productos farmacéuticos (Almacén de depósito y distribución de medicamentos o productos biológicos para uso humano; con medicamentos que contengan estupefacientes y psicotrópicos; vacunas; toxoides; sueros y antitoxinas de origen animal, y hemoderivados) SCIAN: 433110

Debes seleccionar cuando menos un producto o servicio(\*):

**Medicamentos**

**Subgrupo**

Estupefacientes fracción I

Psicotrópicos fracción I

Psicotrópicos fracción III

**Cancelar** **Guardar**





11.- En la pestaña “**Protesta de verdad**”, después de leer la declaración, y si se está de acuerdo, dar clic en “*Acepto protesta de decir verdad*”, así mismo señale si se está de acuerdo o no en que los datos sean públicos, y si se desea recibir notificación a través de medios electrónicos, para finalizar seleccioné “*Guardar y continuar*”.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Producto o servicio	✓
<b>Protesta de verdad</b>	
Firmar trámite	

### Protesta de decir verdad

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 declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente.

Acepto protesta de decir verdad(\*)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?(\*):

Sí  No

Es voluntad de mi representada que se notifique la presente solicitud a través de medios electrónicos.(\*)

\* Campos obligatorios

[Regresar](#) [Guardar y continuar](#)

12.- Para concluir el trámite, en la última pestaña **Firmar trámite**, tanto el Responsable Sanitario como el Propietario o Representante Legal, firmarán con su certificado de e.firma. Primero recibirá un correo electrónico el responsable sanitario para firmar el trámite, una vez que se firme por parte de éste, le llegará un correo al representante legal para la firma y finalización del trámite.

### Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con licencia sanitaria

Homoclave: COFEPRIS-05-011

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
Protesta de verdad	✓
<b>Firmar trámite</b>	

### Firmar trámite

Para concluir la solicitud requerimos que el **Propietario o Representante legal**, así como el Responsable sanitario de la cuenta, firmen con su **certificado de e.firma**

#### Firma del responsable sanitario (GUPH751126M88)

Por favor, introduzca su **certificado de e.firma**, compuesto por dos archivos: **.cer** y **.key**. Serán validados por el sistema.

**Certificado (.cer)(\*)** ⓘ

Ubica tu certificado

**Llave privada (.key)(\*)** ⓘ

Ubica tu llave privada

**Contraseña de clave privada(\*)** ⓘ

Escribe tu contraseña





13.- Al finalizar dar clic en “*Descargar acuse*” para visualizar el acuse del trámite realizado y posteriormente en “*Finalizar*”.

### Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con licencia sanitaria

---

**¡Muy bien, has firmado tu trámite!**

---

El trámite ha sido registrado con el número de ingreso **2209145011X00003**, Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con licencia sanitaria.

**Aviso de responsable sanitario de insumos para la salud del establecimiento que opera con licencia sanitaria COFEPRIS-05-011**

Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.

Descargar acuse

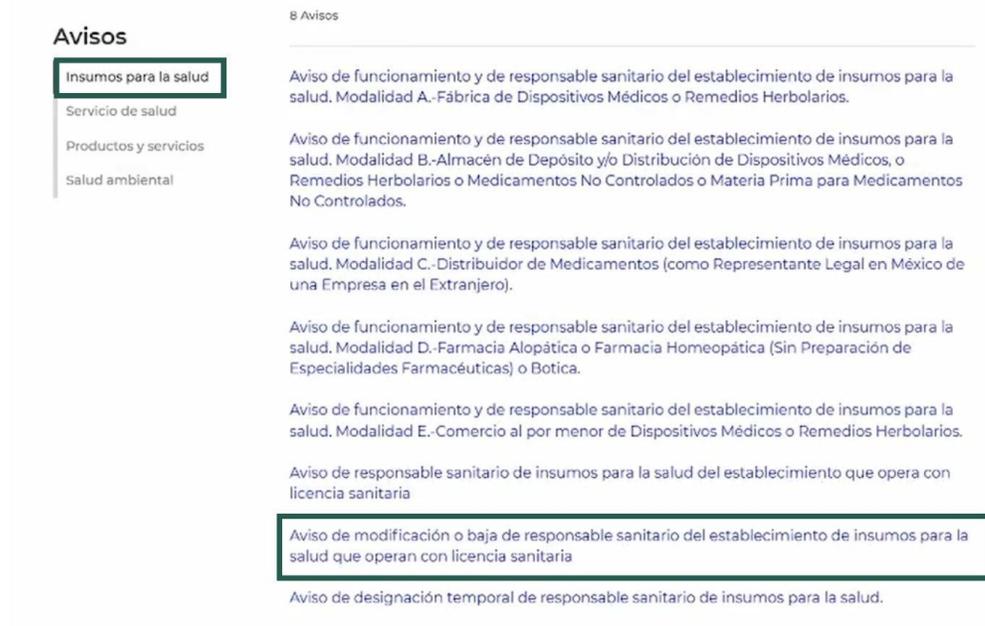
Finalizar



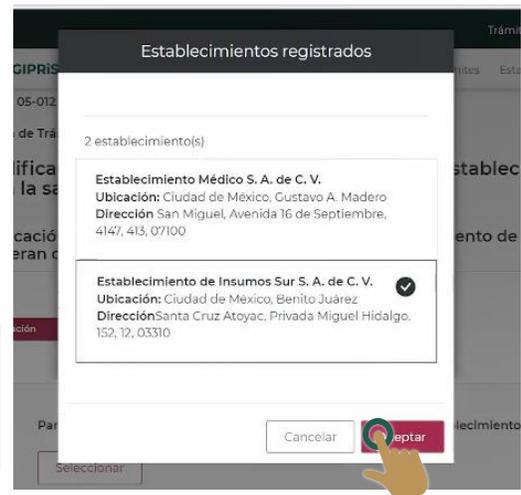
## Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que opera con Licencia Sanitaria.

14.-Una vez en el catálogo de trámites seleccionar:

- Primero en: “Insumos para la salud”,
- Posteriormente “Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que opera con licencia sanitaria”.



15.- Para iniciar dar clic en “seleccionar” y escoger el establecimiento donde se hará la modificación. Una vez seleccionado el establecimiento, se dará clic en “Iniciar trámite”.



Nota: Antes de iniciar el trámite, deberá tener en digital la licencia sanitaria del establecimiento o el acuse de la solicitud de licencia que se encuentra en proceso.





16.- Se presentarán los datos ingresados en el alta y se seleccionará la acción de "Modificar".

**Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que operan con licencia sanitaria**  
COFEPRIS-05-012

[Descargar acuse](#) [Modificar](#)

Propietario	<b>Propietario</b>
Establecimiento	
Actividad	
Representantes	
Producto o Servicio	
Responsable	

**Persona moral:**

**Denominación o razón Social:** JIMENEZ ESTRADA SALAS A A  
**RFC:** JES900109Q90

**Representante legal:**

**Nombre completo:** oscar kalaha h

17.- Al iniciar se visualizará la información del propietario, proseguir dando clic en "Guardar y continuar".

<b>Propietario</b>	<b>Representante legal:</b>
Establecimiento	<b>Nombre completo:</b> oscar kalaha h <b>RFC:</b> KAH0641101B39 <b>CURP:</b> KAH0641101HNTLKS06 <b>Teléfono:</b> 5555555555 <b>Extensión:</b> 999 <b>Correo electrónico:</b> ramonocampo7@gmail.com
Responsable sanitario	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

**Domicilio fiscal:**

Avenida La Tizona, No 56, 12 La Salud, Cuauhtémoc,  
C.P. 06700, Ciudad de México.

**Vialidades:** Entre Calle Calle Colina, Calle Avenida Sonora y Calle Durango  
**Referencia:** Enfrente del centro comercial  
**Teléfono:** 5555555555      **Extensión:** 999

\* Campos obligatorios

[Cancelar](#) [Guardar y continuar](#)





18.- En la siguiente ventana se visualizará la información ingresada del establecimiento, y seleccione al representante legal que firmará el trámite, al concluir dar clic en “Guardar y continuar”.

Propietario

**Establecimiento**

Responsable sanitario

Protesta de verdad

Firmar trámite

**Días de atención(\*):**  
Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes

**Abierto(\*):** 08:00      **Cerrado(\*):** 19:00

---

**Días de atención(\*):**  
Sábado

**Abierto(\*):** 08:00      **Cerrado(\*):** 15:00

**Representante legal** 1

Ahora, selecciona el representante legal que firmará este trámite(\*):

Nombre	Firmará trámite
Luis Ian Nuzco Ian Nuzco	<input checked="" type="radio"/>

\* Campos obligatorios

19.- En la pestaña de responsable sanitario, se pueden modificar sus datos o dar de baja al responsable sanitario.

Propietario

Establecimiento

**Responsable sanitario**

Protesta de verdad

Firmar trámite

**Responsable sanitario**

**Vista previa**

---

**Datos generales**

---

**Nombre completo:** Cristin Benítez Gómez  
**RFC:** GUPH751126M88  
**CURP:** GUPH751126MMCRRD14  
**Teléfono:** 5550805200      **Extensión:** 2356  
**Correo electrónico:** quimicos@corp.mx



20.- Nuevamente de lectura a la **Protesta de verdad** y de estar de acuerdo dar clic en “*Acepto protesta de decir verdad*”, así mismo señale si se está de acuerdo o no que los datos sean públicos, y si se desea recibir notificación a través de medios electrónicos, para finalizar seleccioné “*Guardar y continuar*”.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Producto o servicio	✓
<b>Protesta de verdad</b>	
Firmar trámite	

### Protesta de decir verdad

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 declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente.

Acepto protesta de decir verdad(\*)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?(\*):

Sí  No

Es voluntad de mi representada que se notifique la presente solicitud a través de medios electrónicos.(\*)

\* Campos obligatorios

[Regresar](#) [Guardar y continuar](#)

21.- El representante legal o propietario que se seleccionó en los pasos anteriores, firmará con su e.firma, dar clic en “*Entendido*” para poder ingresar la información y posteriormente dar clic en “*Firmar*”. La plataforma, tratándose de baja de responsable sanitario solicitará únicamente la firma del representante legal.

### Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que operan con licencia sanitaria

Homoclave: COFEPRIS-05-012

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario	✓
<b>Protesta de verdad</b>	✓
Firmar trámite	

### ¡Muy bien!

Los datos del trámite han sido registrados.

Para concluir el trámite, es necesario que, el **Propietario o Representante Legal** firme con su certificado de e.firma

Firmantes de este trámite	Firma
<b>Representante legal:</b> Luis Ian Ñuzco Ian Ñuzco	pendiente

Puedes seguir realizando trámites.

[Entendido](#)





- Propietario ✓
- Establecimiento ✓
- Responsable sanitario ✓
- Protesta de verdad ✓
- Firmar trámite**

Para concluir la solicitud requerimos que el **Propietario o Representante legal**, así como el Responsable sanitario de la cuenta, firmen con su **certificado de e.firma**

### Firma del propietario o representante legal

Por favor, introduzca su **certificado de e.firma**, compuesto por dos archivos: **.cer** y **.key**. Serán validados por el sistema

Certificado (.cer)(\*): ?

iañl750210963.cer

Buscar

Llave privada (.key)(\*): ?

Claveprivada\_FIEL\_IAÑL750210963\_20190614\_170123.key

Buscar

Contraseña de clave privada(\*): ?

.....

\* Campos obligatorios

Cancelar

Firma 

22.- Al finalizar dar clic en “*Descargar acuse*” para visualizar el acuse del trámite realizado y posteriormente clic en “*Finalizar*”.

## Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que operan con licencia sanitaria

### ¡Muy bien, has firmado tu trámite!



El trámite ha sido registrado con el número de ingreso **2209145012X00002**, Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud que operan con licencia sanitaria.

**Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento de Insumos para la salud que operan con licencia sanitaria COFEPRIS-05-012**

Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.

Descargar acuse

Finalizar



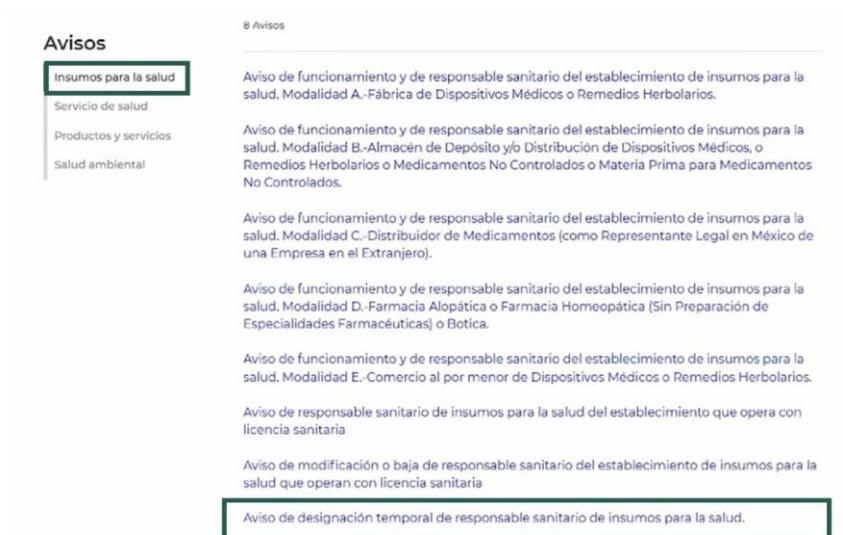
## Aviso temporal de responsable sanitario de insumos para la salud

\*Este trámite se realiza cuando se requiera suplir de manera temporal al responsable sanitario del establecimiento indicando el periodo a suplir.

Nota: Antes de iniciar el trámite, deberá tener en digital la licencia sanitaria del establecimiento o el acuse de la solicitud de licencia que se encuentra en proceso.

23.-Una vez en el catálogo de trámites seleccionar:

- Primero en: “Insumos para la salud”,
- Posteriormente dar clic en “Aviso de designación temporal de responsable sanitario de insumos para la salud”.



24.- En la siguiente ventana, dar clic en “Iniciar trámite” para iniciar.

### Aviso de designación temporal de responsable sanitario de insumos para la salud.

(COFEPRIS-05-013)

#### Aviso de designación temporal de responsable sanitario de insumos para la salud.

Alta

Este trámite se realiza cuando se requiera suplir temporalmente al responsable sanitario del establecimiento, indicando las fechas de inicio y conclusión de operaciones.

Iniciar trámite

#### Requisitos

Para iniciar este trámite, es necesario que nos proporciones el **número de licencia sanitaria\*** y el acuse que lo acredita o el **número de trámite de solicitud de licencia** y el acuse de la solicitud. Así como firma electrónica del propietario o representante legal y del responsable sanitario.







B) Después ingrese su número de solicitud de licencia adjuntando copia de la misma, así como el documento del acuse. Prosiga con el resto de campos y una vez ingresada la información solicitada de clic en “*Guardar y continuar*”.

\*\*Es importante ingresar la misma información registrada en su licencia o solicitud.

Propietario	✓
<b>Establecimiento</b>	
Responsable sanitario temporal	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

### Datos generales

Es necesario que nos proporciones el número de licencia sanitaria y adjuntar la licencia sanitaria o el número de trámite de solicitud de licencia y adjuntar la papeleta de ingreso de la solicitud

Licencia sanitaria       Solicitud de licencia

**Número de licencia sanitaria(\*):**

Licencia sanitaria no valida

**Documento que acredita la licencia(\*):**  
**Adjunta el acuse de licencia sanitaria del establecimiento:**

No se eligió archivo

Solo se permitirán documentos .PDF o .JPG con tamaño de 7MB (megas)  
 Este campo es obligatorio

Debes ingresar exactamente la misma información que tienes registrada en la Licencia Sanitaria del establecimiento.

26.1.- Al concluir, visualizará una vista previa de la información correspondiente al establecimiento, de clic en “*Continuar*” y posteriormente en “*Confirmar*”.

### Aviso de designación temporal de responsable sanitario de insumos para la salud.

Homoclave: COFEPRIS-05-013

Propietario	✓
<b>Establecimiento</b>	
Responsable sanitario temporal	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

### Establecimiento

**Paso 1** Datos      **Paso 2** Actividad      **Paso 3** Representantes      **Paso 4** Vista previa      ✓

**¡Muy bien!**  
 Los datos del establecimiento fueron completados  
 Continúa con los datos del Responsable sanitario



27.- Ingrese la información del Responsable Sanitario temporal, datos generales, datos profesionales (profesión, número de cédula) y jornada laboral. Así como el periodo en el que se va a suplir al responsable sanitario titular. Al concluir, de clic en “*Guardar y continuar*”.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
<b>Responsable sanitario temporal</b>	
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

### Responsable sanitario temporal

Paso 1 Datos   Paso 2 Jornada laboral   Paso 3 Periodo   Paso 4 Vista previa

### Periodo de operaciones

Indicanos los días que suplirán temporalmente al responsable sanitario del establecimiento

Fecha de inicio\*: 2022-10-04   Fecha de conclusión\*: 2022-11-01

\* Campos obligatorios

Regresar   **Guardar y continuar**

27.1.- Para terminar, revise la vista previa con la información ingresada, en caso de no requerir cambios dar clic en “*Continuar*” y posteriormente en “*Guardar y continuar*”.

### Aviso de designación temporal de responsable sanitario de insumos para la salud.

Homoclave: COFEPRIS-05-013

Propietario	✓
Establecimiento	✓
<b>Responsable sanitario temporal</b>	✓
Protesta de verdad	
Firmar trámite	

### Responsable sanitario temporal

Paso 1 Datos   Paso 2 Jornada laboral   Paso 3 Periodo   Paso 4 Vista previa   ✓

**¡Muy bien!**

Has completado los datos del responsable sanitario  
Continúa con los datos de Protesta de verdad

**Guardar y continuar**



28.- Dé lectura a la **Protesta de verdad** y de estar de acuerdo dar clic en “*Acepto protesta de decir verdad*”, así mismo señale si está de acuerdo o no que los datos se hagan públicos, y si se desea recibir notificación a través de medios electrónicos, para finalizar seleccione “*Guardar y continuar*”.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Producto o servicio	✓
<b>Protesta de verdad</b>	
Firmar trámite	

### Protesta de decir verdad

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 declarados en este formato serán utilizados en los trámites que la empresa requiera posteriormente.

Acepto protesta de decir verdad(\*)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos?(\*):

Sí  No

Es voluntad de mi representada que se notifique la presente solicitud a través de medios electrónicos.(\*)

\* Campos obligatorios

[Regresar](#) [Guardar y continuar](#)

29.- Para terminar al responsable sanitario temporal, deberá firmar con el certificado de la e.firma, primero con la del responsable sanitario y posteriormente el Propietario o Representante Legal.

Propietario	✓
Establecimiento	✓
Responsable sanitario temporal	✓
<b>Protesta de verdad</b>	✓
Firmar trámite	

### ¡Muy bien!

Los datos del trámite han sido registrados.

Para concluir el trámite, es necesario que, en primer lugar, el **Responsable sanitario** firme con su certificado de e.firma y posteriormente el **Propietario o Representante Legal**

Enviaremos un correo electrónico al Responsable sanitario así como al Propietario o Representante legal con la solicitud de firma de trámite.

Firmantes de este trámite	Firma
<b>Responsable sanitario del establecimiento:</b> María Guadalupe Ramos Reyes	pendiente
<b>Representante legal:</b> Luis Ian Ñuzco Ian Ñuzco	pendiente

Puedes seguir realizando trámites.

[Entendido](#)





29.1 Ingrese el certificado de la e.firma y dar clic en “Validar datos”.

**Firma del responsable sanitario (HEHF7712015Z2)**

Por favor, introduzca su **certificado de e.firma**, compuesto por dos archivos: **.cer** y **.key**. Serán validados por el sistema.

Certificado (.cer)(\*): ⓘ

hef **¡Muy Bien! Validación de firma exitosa** ×

Llave privada (.key)(\*): ⓘ

Claveprivada\_FIEL\_HEHF7712015Z2\_20181213\_152003.key

Contraseña de clave privada(\*): ⓘ

Escribe tu contraseña

\* Campos obligatorios

**Firma del propietario o representante legal**

Por favor, introduzca su **certificado de e.firma**, compuesto por dos archivos: **.cer** y **.key**. Serán validados por el sistema

Certificado (.cer)(\*): ⓘ

Ubica tu certificado

30.- Al finalizar de clic en “Descargar acuse” para visualizar su acuse del trámite realizado y posteriormente clic en “Finalizar”.

**Aviso de designación temporal de responsable sanitario de insumos para la salud.**

**¡Muy bien, has firmado tu trámite!**

El trámite ha sido registrado con el número de ingreso **2209145013X00002**, Aviso de designación temporal de responsable sanitario de insumos para la salud.

**Aviso de designación temporal de responsable sanitario de insumos para la salud. COFEPRIS-05-013**

Te enviaremos un correo electrónico con el acuse de aviso.

**Nota: Para cualquier duda comunicarse a los números: 800 033 50 50 o 55 80 80 54 25 y y/o enviar un correo electrónico a [digipris@cofepris.gob.mx](mailto:digipris@cofepris.gob.mx)**

