



Secretaría de Salud
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Prórroga de Registro Sanitario

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-14
Acreditación del Signatario o 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 máquina o computadora.

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

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:	Nombre:
Modalidad:	

2. Datos del propietario

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

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

3. Prórroga

Seleccione una opción:	☐ Primera	☐ Subsecuente
------------------------	----------------------------------	--------------------------------------



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



COFEPRIS
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Seleccione una
opción:

☐

Medicamentos

☐

Dispositivos
Médicos

4. Número de registro por prorrogar

4.1 Clave alfanumérica del registro por prorrogar

4.2 Clave del Compendio Nacional de
Insumos para la Salud:

Nota: Reproducir datos del producto, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan 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. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario. (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

**Los datos o anexos pueden contener información confidencial,
¿está de acuerdo en hacerlos públicos?**

☐

Sí

☐

No

“De conformidad con el artículo 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)”

Nombre completo y firma autógrafa del propietario
o representante legal o responsable sanitario

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 **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 **800-420-4224**.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



CONAMER
COMISIÓN NACIONAL
DE MEJORA REGULATORIA



COFEPRIS
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Contacto:

Calle Oklahoma No. 14,
colonia Nápoles;
Demarcación Territorial
Benito Juárez, Ciudad de
México,
C.P. 03810.
Teléfono 800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx