

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
200201536X0324

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-05-036	Nombre: Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud
Modalidad:	

2. Datos del propietario

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

Persona moral
RFC: IEM031125AX7
Denominación o razón social: INSTITUTO EDUCATIVO DE MEXICALI, ASOCIACION CIVIL
Representante legal o apoderado que solicita el trámite
RFC: RUYA710324TK8
CURP (opcional): RUYA710324HBCLXN04
Nombre(s): ANDRES DANIEL
Primer apellido: RUELAS
Segundo apellido: YAÑEZ
Lada: 686
Teléfono: 5664000
Extensión: 107
Correo electrónico: adruelas@ceu16.edu.mx



Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 21370	
Tipo y nombre de vialidad: Calzada Benito Juarez	
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	
Número exterior: 4523	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: MAESTROS FEDERALES	

Localidad: Mexicali
Municipio o alcaldía: Mexicali
Entidad Federativa: Baja California
Entre vialidad (tipo y nombre): Calzada Benito Juarez
Y vialidad (tipo y nombre): Avenida Magisterio
Vialidad posterior (tipo y nombre): Calle Esteban Cantu
Lada: 686
Teléfono: 56640000

"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

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

Extensión:

3. Datos del establecimiento

RFC: IEM031125AX7

Denominación o razón social: INSTITUTO EDUCATIVO DE MEXICALI, ASOCIACION CIVIL

Indique la clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN
621910

Descripción del SCIAN
Servicios de ambulancias

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	00:00	a	24:00	
								HH:MM		HH:MM	
D	L	M	M	J	V	S	de		a		
								HH:MM		HH:MM	
Fecha de inicio de operaciones:								16	/	04	2020
								DD		MM	AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal:
21370
Tipo y nombre de vialidad:
Calzada Benito Juárez

Localidad: Mexicali
Municipio o alcaldía:
Mexicali
Entidad Federativa: Baja California

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

Número exterior: 4523 Número interior:

Entre vialidad (tipo y nombre):
Calzada Benito Juárez
Y vialidad (tipo y nombre):
Avenida Magisterio
Vialidad posterior (tipo y nombre):
Calle Esteban Cantú
Lada: 686
Teléfono:
5664000
Extensión:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
Maestros Federales

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

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

Representante legal

CURP (opcional): PAMA941016HBCLDN05
Nombre(s): ANGEL
Primer apellido: PALOMARES
Segundo apellido: MEDINA
Lada: 686
Teléfono: 1921481
Extensión:
Correo electrónico: angel.palomares@ceu16.edu.mx

Persona autorizada

CURP (opcional): CAAT670109MSRRLR02
Nombre(s): TERESITA ARCELIA
Primer apellido: CARRANZA
Segundo apellido: ALCANTAR
Lada: 686
Teléfono: 1355373
Extensión:
Correo electrónico: teresita.carranza@prepa16.edu.mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Representante legal
CURP (opcional): TAMS620414HBCNNR07
Nombre(s): SERGIO ARNULFO
Primer apellido: TANAVE
Segundo apellido: MANRIQUEZ
Lada: 686
Teléfono: 1694130
Extensión:
Correo electrónico: sertalaman168@hotmail.com

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

Representante legal
CURP (opcional): AAAE971130HBCNRZ00
Nombre(s): EZEQUIEL
Primer apellido: ANDRADE
Segundo apellido: ARVIZU
Lada: 686
Teléfono: 2031683
Extensión:
Correo electrónico: ezequielykaszk@hotmail.com

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.

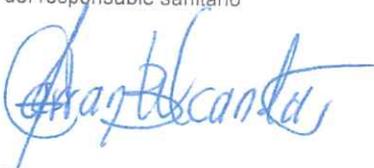
Primera tabla			
<input type="radio"/> Aérea <input type="radio"/> Marítima <input checked="" type="radio"/> Terrestre			
<input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> A modificar			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca		Ford	
Modelo		Econoline	
Número de placas		A92-NXS-8	
Número de motor		IFDSS34P66H B30088	

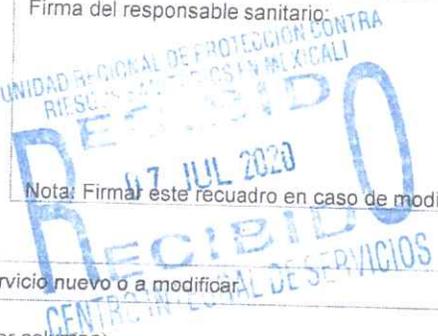
Segunda tabla			
<input type="radio"/> Aérea <input type="radio"/> Marítima <input type="radio"/> Terrestre			
<input type="radio"/> Ya modificado			
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados
Marca			
Modelo			
Número de placas			
Número de motor			

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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											
<input checked="" type="radio"/> Alta			<input type="radio"/> Baja			<input type="radio"/> A modificar					
RFC:		CAAT6701097D6									
CURP (opcional):		CAAT670109MSRRLR02									
Nombre(s):		TERESITA ARCELIA									
Primer apellido:		CARRANZA									
Segundo apellido:		ALCANTAR									
Lada:		686									
Teléfono:		1355373									
Extensión:											
Correo electrónico:		teresita.carranza@prepa16.edu.mx									
Con título profesional de:		Licenciatura en Medicina									
Título profesional expedido por:		Universidad Autonoma de Baja California									
Número de cédula profesional:		3213176									
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	00:00	a	24:00	
								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											
<input type="radio"/> 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:
<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> A modificar <input type="radio"/> Baja

Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Ya modificado <input type="radio"/> Baja

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

2) Anote la categoría del producto o servicio conforme a la tabla "B":
 Categoría: Servicios de salud

Grupo: Ambulancia

Subgrupo: Traslado, Urgencias Básicas

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:

UNIDAD REGIONAL DE PROTECCION CONTRA
 RIESGOS SANITARIOS EN MEXICALI
 RECIBIDO
 07 JUL 2020
 RECIBIDO
 CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS

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

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:

Datos del Propietario

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 interior:	Número exterior: 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:	
Datos del establecimiento	Dice	Debe decir
	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 interior:	Número exterior: 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.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación	Dice	Debe decir
<input type="checkbox"/> 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:

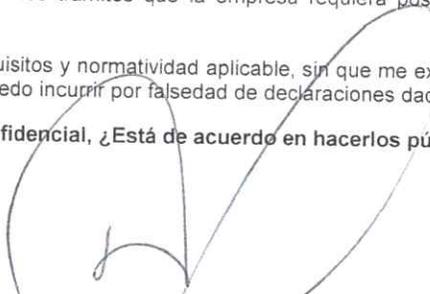
Nota: Reproducir el apartado de persona autorizada, tantas veces como personas autorizadas tenga notificadas o requiera notificar.

<input type="radio"/> Suspensión de actividades De <input style="width: 100px;" type="text"/> A <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Reinicio de actividades Fecha <input style="width: 100px;" type="text"/>	<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



 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.

UNIDAD REGIONAL DE PROTECCION CONTRA
 RIESGOS SANITARIOS EN MEXICALI
RECIBIDO
 07 JUL 2020
RECIBIDO
 CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS

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
		Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones

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			
	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	Laboratorios de análisis clínicos		
			Toma de muestras		
			Patología clínica		
	Servicios de asistencia social	Gabinetes de diagnóstico	Anatomía patológica		
			Histopatología y citología exfoliativa		
			Ultrasonografía		
Planificación familiar					
Servicios de asistencia social	Salud mental	Rehabilitación			
		Atención médica paliativa			
		Asistencia social			
Expendio o suministro al público	Comercio al por menor de lentes	Especificar			
		Remedios herbolarios			
Insumos para la salud	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Dispositivos médicos	Equipo médico		
			Prótesis, órtesis y ayudas funcionales		
	Distribución	Medicamentos	Agentes de diagnóstico		
			Materiales quirúrgicos y de curación		
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos	Productos higiénicos		
			Insumos de uso odontológico		
Expendio o suministro al público	Farmacia alopática	Representante legal en México de una empresa en el extranjero			
		Farmacia homeopática			
		Botica			
		Medicamentos alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público)			
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Plaguicidas	Medicamentos homeopáticos		
			Sustancias tóxicas	Medicamentos herbolarios	
				Precursor químico y/o producto químico esencial	Medicamentos vitamínicos
	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Nutrientes vegetales	Químicos	Botánicos	
			Productos con límite de metales pesados	Bioquímicos	Misceláneos
				Microbianos	
Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Nutrientes vegetales	Nombre químico de la sustancia tóxica			
		Productos con límite de metales pesados	Nombre del precursor y/o producto químico esencial		
			Fertilizante	Inoculante	
		Productos con límite de metales pesados	Productos con límite de metales pesados	Mejorador de suelo	Regulador de crecimiento
Humectante de suelo					
Productos con límite de metales pesados	Productos con límite de metales pesados	Juguetes			
		Cerámica vidriada			
Productos con límite de metales pesados	Productos con límite de metales pesados	Artículos escolares			

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