

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO OTROS TRÁMITES

**R.U.P.A.:** Registro Único de Personas Acreditadas (RUPA), es la interconexión y sistematización informática de los Registros de Personas Acreditadas, que son una inscripción que permite a los particulares (personas físicas y morales) la realización de trámites ante dependencias y organismos descentralizados, a través de un número de identificación único basado en el Registro Federal de Contribuyentes. El RUPA, tiene por objetivo integrar la información gubernamental sobre la constitución y funcionamiento de las empresas. Se entrega una sola vez los documentos correspondientes y se recibe un solo número de registro que sirve para distintos trámites en todas las dependencias del Gobierno Federal. El cual podrá solicitar en la página <http://www.rupa.gob.mx> en donde encontrará toda la información necesaria para realizar este trámite.

Cruce con una "X" el tipo de trámite que va a realizar.

Aviso	Desvío o actividad irregular de psicotrópicos, estupefacientes, químicos esenciales o precursores químicos
Permiso	Pérdida o robo de recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes
Certificado	Uso de recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes
	Certificado o revalidación de la calidad del agua

**Homoclave, Nombre y Modalidad** Anote la homoclave, nombre del trámite y modalidad conforme al siguiente listado

<b>Aviso:</b>	<b>COFEPRIS-03-009</b>	Aviso de Desvío o Actividad Irregular de Precursores Químicos o Productos Químicos Esenciales
	<b>COFEPRIS-03-020</b>	Aviso de Desvío o Actividad Irregular de Materia Prima, Fármacos o Medicamentos que sean o contengan Estupefacientes o Psicotrópicos
	<b>COFEPRIS-03-007</b>	Aviso de Pérdida o Robo de Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes
<b>Certificados:</b>	<b>COFEPRIS-07-003-A</b>	Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y Consumo Humano, Incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo Humano o para Uso Industrial Modalidad A.- Sistemas de Abastecimiento Privado
	<b>COFEPRIS-07-003-B</b>	Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para Uso y Consumo Humano, Incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo Humano o para Uso Industrial Modalidad B.- Sistemas de Abastecimiento Público
<b>Permisos:</b>	<b>COFEPRIS-03-006-A</b>	Solicitud de Permiso para Utilizar Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes Modalidad A.- Primera Vez
	<b>COFEPRIS-03-006-B</b>	Solicitud de Permiso para Utilizar Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes Modalidad B.- Subsecuente

### 1 AVISO DE:

Cruce con una "X" el producto del cual reporta la actividad irregular: PSICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES, QUÍMICOS ESENCIALES O PRECURSORES QUÍMICOS.

Cruce con una "X" la actividad irregular: VOLUMEN EXTRAORDINARIO, DESAPARICIÓN O MERMA INUSUAL, según corresponda.

### 1.1 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Nombre o razón social.	Nombre completo, sin abreviaturas del establecimiento ( <i>Ejemplo: Farmacia Lupita, Empacadora López, Distribuidora Mexicana S.A. de C.V.</i> )
R.F.C.	El Registro Federal de Contribuyentes bajo el cual esta registrado el establecimiento ante la SHyCP
Domicilio	Nombre completo sin abreviaturas de la calle donde se encuentra el domicilio del establecimiento
Colonia	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se encuentra ubicado el establecimiento
Entidad Federativa	Entidad Federativa en donde radica el propietario o razón social
Delegación o municipio.	Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento
Localidad	Localidad en donde se ubica el establecimiento

Código Postal.	Número completo del código postal que corresponda
Teléfono (s) y Fax y correo electrónico	Número (s) telefónico(s) y fax; con clave lada
R.F.C. de responsable sanitario.	Registro Federal de Contribuyentes del responsable sanitario bajo el cual se encuentra registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (solo en caso de psicotrópicos y estupefacientes)
Número de licencia sanitaria.	El número completo de la licencia sanitaria expedida por la COFEPRIS (Sólo en el caso de psicotrópicos y estupefacientes)

## 1.2 VOLUMEN EXTRAORDINARIO, DESAPARICIÓN O MERMA INUSUAL DEL PRODUCTO:

Denominación común internacional (DCI) o denominación genérica o nombre científico	(DCI) o denominación genérica o nombre científico. Para el caso de medicamentos, la DCI ó denominación genérica es el nombre que identifica al fármaco o sustancia activa reconocido internacionalmente y aceptado por la autoridad sanitaria. La denominación genérica es el nombre que recibe un grupo de productos								
Denominación distintiva	Nombre con el que se comercializa el producto. (Sólo para medicamentos)								
Forma farmacéutica y presentación	Escriba la forma farmacéutica de la sustancia o producto terminado e Indicar la presentación del producto (mg/cápsula, mg/ampolleta, mg/ tableta, etc.)(Sólo para medicamentos)								
No. De Registro Sanitario	Número de registro sanitario bajo el cual se encuentra registrado el producto ante la COFEPRIS								
Cantidad o volumen extraordinario desaparecido o merma inusual	Indicar la cantidad o volumen extraordinario desaparecido o merma mensual con número, precisando las unidades de medida utilizadas (Sistema Internacional de Unidades)								
Señale la actividad en la que se presentó el volumen extraordinario, la desaparición o merma inusual	Precisar la actividad en la que ocurrió la desaparición o merma inusual del volumen extraordinario: <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>1. Adquisición</td> <td>5. Almacenamiento</td> </tr> <tr> <td>2. Transporte</td> <td>6. Envasado</td> </tr> <tr> <td>3. Mezclado</td> <td>7. Momento de la Exportación</td> </tr> <tr> <td>4. Momento de la importación</td> <td>8. Distribución</td> </tr> </table>	1. Adquisición	5. Almacenamiento	2. Transporte	6. Envasado	3. Mezclado	7. Momento de la Exportación	4. Momento de la importación	8. Distribución
1. Adquisición	5. Almacenamiento								
2. Transporte	6. Envasado								
3. Mezclado	7. Momento de la Exportación								
4. Momento de la importación	8. Distribución								
Lugar, hora y fecha	Precisar el lugar, la fecha y la hora en que ocurrió la desaparición o merma inusual del volumen extraordinario								

Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, usted deberá indicar si está de acuerdo en hacerlos públicos.

Nombre y firma del propietario o representante legal o responsable sanitario	Estampar con firma autógrafa y nombre del propietario o representante legal del establecimiento o responsable sanitario
------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2 CERTIFICADOS DE LA CALIDAD DEL AGUA Y DE LAS CONDICIONES SANITARIAS DEL SISTEMA DE ABASTECIMIENTO:

Cruce con una "X" la modalidad del certificado:

Nuevo	Emisión del certificado por primera vez
Baja	Cancelación del certificado

Cruce con una "X" el tipo de abastecimiento del pozo:

Privado	Condición sanitaria del pozo Calidad sanitaria del agua para uso y consumo humano
---------	--------------------------------------------------------------------------------------

Y para los casos anteriores, seleccione el tipo de uso que se le dará al pozo:

Uso Industrial: Cuando su uso no es para consumo humano

Uso Humano: Cuando es para uso y consumo humano

Público	Condición sanitaria del sistema de abastecimiento y calidad sanitaria del agua para uso y consumo humano
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2.1 ABASTECIMIENTO PRIVADO:

Cruce con una "X" el tipo de uso y consumo del pozo:

No de licencia	Número de Licencia Sanitaria que otorga la COFEPRIS
Nombre o razón social	Nombre completo sin abreviaturas (bajo el cual se encuentra registrada la empresa ante la SHyCP)
R.F.C.	Registro Federal de Contribuyentes de la razón social de la empresa
Domicilio	Nombre de la calle, número y letra del domicilio de la empresa, entre que calles se encuentra
Teléfono, fax y correo electrónico	Número telefónico y fax incluyendo clave lada de la empresa y anotar correo electrónico de contacto
No. o clave del pozo.	Número de pozo o clave del mismo

## 2.2 ABASTECIMIENTO PÚBLICO:

Estado	Entidad Federativa
Municipio	Delegación Política o Municipio donde se encuentra el sistema de abastecimiento
Localidad	Nombre completo de la localidad donde se encuentra el sistema de abastecimiento
No. de habitantes	Número de habitantes al cual surte el sistema de abastecimiento
Nombre del sistema	Nombre del sistema de abastecimiento
Nombre del organismo operador	Nombre del organismo operador del sistema de abastecimiento
Inicio de operaciones	Fecha de apertura del sistema de abastecimiento (día, mes, año)
Horas de servicio	Horario en el cual opera el sistema de abastecimiento
Población servida	Población a la cual sirve el sistema de abastecimiento
Hidrantas	Especificar si el sistema de abastecimiento cuenta con tomas para pipas y tomas domiciliarias
Dotación	Anote la cantidad de litros por habitante por día
Fuentes de abastecimiento	Especificar las fuentes de abastecimiento y el volumen de agua abastecido (litros por segundo): <ol style="list-style-type: none"><li>1. Superficial</li><li>2. Subterránea</li></ol>
Tipo de mantenimiento	Especificar el tipo de mantenimiento que se le da al sistema de abastecimiento: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Preventivo</li><li>2. Correctivo</li></ol>

### 2.2.1. OBRAS DE CAPTACIÓN:

Denominación de la presa	Nombre o denominación de la presa
Número de obra o caja de captación	Número de obras con las que cuenta para la captación del agua
Denominación o número de pozo	Nombre, denominación o número de pozo
Denominación o número de galería filtrante	Nombre, denominación o número de galería filtrante
Denominación o número de manantial	Nombre, denominación o número de manantial
Conducción	Especificar el tipo de conducción del sistema de abastecimiento: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bombeo</li><li>2. Gravedad</li><li>3. Mixto</li></ol>
Procesos de tratamiento	Describir el proceso de tratamiento del agua y los reactivos utilizados
Tanques	Especificar el tipo, número, capacidad y función del (los) tanque(s) utilizado(s) en el sistema de abastecimiento: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Elevado</li><li>2. Superficial</li><li>3. Enterrado</li></ol>
Características de la red:	Especificar las características de la red
Material	Especificar las características del Material del sistema de abastecimiento
Presión Máxima	Especificar las características de la Presión Máxima
Presión .Mínima	Especificar las características de la Presión mínima
Longitud	Especificar las características de la Longitud

## 2.2.2. CONTAMINACIÓN:

Lugar de contaminación	Escribir el lugar en la que se identificaron los puntos de contaminación del sistema: <ol style="list-style-type: none"><li>1. En la fuente</li><li>2. En la conducción</li><li>3. En los tanques</li><li>4. En la captación</li><li>5. En el tratamiento</li><li>6. En la red</li></ol>
Origen de la contaminación	Escribir el origen de la contaminación: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Establecimientos industriales</li><li>2. Establecimientos comerciales</li><li>3. Establecimientos de servicio</li><li>4. Origen agrícola</li><li>5. Origen doméstico</li></ol>
Tipo de contaminantes	Describir el tipo de contaminantes del sistema de abastecimiento
Número de análisis fisicoquímicos y microbiológicos realizados en el sistema	Especificar el número de análisis fisicoquímicos y microbiológicos realizados en el sistema
Procedencia del análisis fisicoquímicos, bacteriológico	Escriba la procedencia del análisis fisicoquímico, análisis bacteriológico: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fuente</li><li>2. Conducción</li><li>3. Planta</li><li>4. Tanques</li><li>5. Red</li><li>6. Domiciliarias</li></ol>
Observaciones	Anotar observaciones que existan

Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, usted deberá indicar si está de acuerdo en hacerlos públicos.

Nombre y firma del responsable del sistema Estampar con firma autógrafa y nombre del responsable del sistema del establecimiento

Anotar Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.) (dato opcional).

## 3 PERMISO DE RECETARIOS ESPECIALES CON CÓDIGO DE BARRAS PARA PRESCRIBIR ESTUPEFACIENTES:

Cruce con una "X" la opción a solicitar:

Permiso	Permiso de uso de recetas especiales con código de barras para prescribir estupefacientes.
Aviso de pérdida o robo	Aviso de pérdida o robo de recetas especiales con código de barras para prescribir estupefacientes.
Actualización de recetas	Actualización de recetas especiales con código de barras cuando exista un permiso previo.

### 3.1 DATOS DEL MÉDICO:

Nombre:	Nombre completo sin abreviaturas del médico responsable para prescribir estupefacientes.
RFC:	Registro Federal de Contribuyentes del médico registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
C.U.R.P.	Clave Única de Registro de Población (dato opcional).
Domicilio	Nombre completo y sin abreviaturas del domicilio del médico.
Colonia	Nombre completo sin abreviaturas de la colonia en donde se ubica el domicilio del médico.
Delegación Política o municipio	Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el domicilio del médico.
Código postal	Número completo del código que corresponda.
Teléfono	Número telefónico en donde se localice al médico (opcional)
Localidad	Localidad en donde radica el médico.

Entidad federativa	Entidad federativa en donde radica el médico.
Título profesional de:	Nombre completo sin abreviaturas de la Carrera Profesional que cursó el médico responsable.
No. de cédula profesional	Número completo de la cédula Profesional otorgada al médico.
Expedidos por:	Nombre completo sin abreviaturas de la dependencia escolar que expidió el Título y cédula profesional. (UNAM, IPN, UAM, etc.)
Especialidad	Nombre completo sin abreviaturas de la especialidad que cursó el médico (en su caso).
Expedida por:	Nombre completo sin abreviaturas de la Dependencia escolar que expidió el certificado de la especialidad. (UNAM, IPN, UAM, etc.)
Número de folio de los recetarios especiales con código de barras:	Anotar el número de folio de los recetarios especiales, folio inicial al folio final para el permiso <i>(ejemplo: Folio 001 al 050; Folio 100 al 150)</i>
	En caso de pérdida o robo anotar los números de folio inicial al folio final de(los) recetario(s) perdidos o robados. Señalar los hechos o actos de la pérdida o robo. Describa las circunstancias en las que ocurrió la pérdida o robo.

**Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, usted deberá indicar si está de acuerdo en hacerlos públicos.**

Nombre y firma del médico responsable o representante legal	Estampar con firma autógrafa y nombre del médico responsable o representante legal del establecimiento.
-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

## GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL FORMATO DE OTROS TRÁMITES

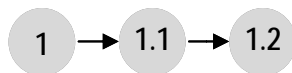
Las solicitudes deberán presentarse en el formato debidamente requisitado conforme el instructivo de llenado y adjuntar los documentos señalados en este listado de anexos. En los que corresponda, adjuntar comprobante de pago de derechos formato 5 (SAT), "Declaración General de Pago de Derechos" en dos originales y una copia. Un original se sellará de recibido y se devolverá al usuario quedando un original y copia en la institución donde realice el trámite.

**NOTA 1:** No se le podrá exigir la presentación de más documentación a la señalada en los requisitos, salvo los previstos en el artículo 15 de la Ley Federal de Procedimientos Administrativos referente a la acreditación de la personalidad jurídica.

**NOTA 2:** La documentación debe presentarse por el interesado, representante legal o persona autorizada, conforme a lo previsto en el artículo 19 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

### 1. AVISO:

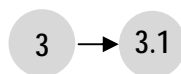
HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-03-009	Aviso de Desvío o Actividad Irregular de Precursores Químicos o Productos Químicos Esenciales
COFEPRIS-03-020	Aviso de Desvío o Actividad Irregular de Materia Prima, Fármacos o Medicamentos que sean o contengan Estupefacientes o Psicotrópicos



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Presentar la documentación con la que se tenga el motivo fundado para considerar que pueda haber desvío de dichas sustancias. (Artículo 60 Reglamento de Insumos para la Salud)

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-03-007	Aviso de Pérdida o Robo de Recetarios Especiales con Código de Barras para Prescribir Estupefacientes.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Acta levantada ante el ministerio público de la pérdida o robo del recetario.

### 2. CERTIFICADOS DE LA CALIDAD DEL AGUA Y DE LAS CONDICIONES SANITARIAS DEL SISTEMA DE ABASTECIMIENTO:

HOMOCLAVE	NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO
COFEPRIS-07-003-A	Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y Consumo Humano, Incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo Humano o para Uso Industrial Modalidad A.- Sistemas de Abastecimiento Privado.



#### REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Pago de derechos.

**HOMOCLAVE** **NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**  
COFEPRIS-07-003-B Solicitud de Certificado de Condición Sanitaria de Agua para uso y Consumo Humano, Incluida la Certificación de la Calidad Sanitaria del Pozo de Agua para Consumo Humano o para Uso Industrial Modalidad B.- Sistemas de Abastecimiento Público.



REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ No se requieren documentos anexos.

**3. PERMISO DE RECETARIOS ESPECIALES CON CÓDIGO DE BARRAS PARA PRESCRIBIR ESTUPEFACIENTES:**

**HOMOCLAVE** **NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**  
COFEPRIS-03-006-A Solicitud de Permiso para Utilizar Recetarios Especiales con Códigos de Barras para Prescribir Estupefacientes Modalidad A.- Primera Vez



REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Recetarios.
- ❖ Identificación oficial: pasaporte o credencial de elector.
- ❖ Escrito en el cual se especifique la designación de los profesionales responsables de la prescripción, en papel membretado y firmado por el director de la institución, cuando se trate de instituciones hospitalarias (original y dos copias).
- ❖ Copia certificada de la cédula profesional que los acredite como profesionales en alguna de las ramas a que se refiere el artículo 50 del Reglamento de Insumos para la Salud (R.I.S.).

**HOMOCLAVE** **NOMBRE, MODALIDAD Y GUÍA RÁPIDA DE LLENADO**  
COFEPRIS-03-006-B Solicitud de Permiso para Utilizar Recetarios Especiales con Códigos de Barras para Prescribir Estupefacientes Modalidad B.- Subsecuente



REQUISITOS DOCUMENTALES

- ❖ Recetarios