Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Formato de Solicitud de Licencia Sanitaria de Salud Ambiental

Homoclave del Formato
FF-COFEPRIS-32
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo y la guía de llenado.
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:	Trámite:
Modalidad:	

Seleccione el giro del establecimiento:
☐ Para servicios urbanos de fumigación, desinfección y control de plagas.
☐ Para establecimiento que fabrica, formula, mezcla o envasa plaguicidas y/o nutrientes vegetales.
Para establecimiento que fabrica sustancias tóxicas o peligrosas.

2. Datos del Propietario

Persona Física	
RFC:	
CURP:	
Nombre (s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	
Persona Moral	
RFC:	
Denominación o razón social:	
Representante Legal que solicita el trámite	
RFC:	
CURP:	

Contacto
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;
Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810.

Fecha de publicación: 14 de agosto de 2026
V 1.0

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

Domicilio Fiscal del Propietario

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería, entre otros.)	
Número exterior:	
Número interior:	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería, entre otros.)	
Localidad:	
Municipio o alcaldía:	
Entidad federativa:	
Entre vialidad (tipo y nombre):	
Teléfono:	
Extensión:	

3. Datos del establecimiento

RFC:	
Denominación o razón social:	

Indique 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:

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

Datos del Responsable Sanitario

RFC:	
CURP:	
Nombre (s):	
Primer Apellido:	
Segundo Apellido:	

Solo para la solicitud de Licencia Sanitaria

Horario de operaciones:										
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

Fecha de inicio de operaciones:		
DD	MM	AAAA

Domicilio del Establecimiento

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería, entre otros.)	
Número exterior:	
Número interior:	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería, entre otros.)	
Localidad:	
Municipio o alcaldía:	
Entidad federativa:	
Entre vialidad (tipo y nombre):	
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería, entre otros.)	
Coordenadas del establecimiento:	
Teléfono:	
Extensión:	

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

Representante legal	Persona autorizada
CURP:	CURP:
Nombre(s):	Nombre(s):
Primer apellido:	Primer apellido:
Segundo apellido:	Segundo apellido:
Teléfono:	Teléfono:
Exensión:	Exensión:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

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

4. Modificación de Licencia Sanitaria

☐ Administrativa de resolución inmediata	☐ Técnica con Dictaminación

Número de Licencia Sanitaria a modificar:

Dice/condición autorizada	Debe decir/ condición solicitada

5. Datos del producto

Producto	Producto
1)Nombre de la clasificación del producto o servicio:	1)Nombre de la clasificación del producto o servicio:
2)Especificar:	2)Especificar:

Nota: Reproducir datos del producto, tantas veces como sea necesario.

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 Fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, acepto recibir todo tipo de notificaciones referentes al presente trámite a través del correo electrónico:

Correo electrónico para recibir notificaciones: (OBLIGATORIO)	

Bajo protesta de decir verdad, que la persona que suscribe manifiesta que los datos asentados y la información que se acompaña al presente formulario son ciertos y comprobables. El presente trámite se encuentra en proceso de revisión documental por parte del área correspondiente y queda sujeto de las acciones de control o vigilancia sanitaria aplicables, en términos de lo dispuesto en los Artículos 17 bis, Fracción VI de la Ley General de Salud, 1, 2 Fracciones II y XI del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Los datos anexos pueden contener información confidencial ¿está de acuerdo en hacerlos públicos? **Sí** **No**

_____

Nombre completo y firmar del propietario o Representante legal