

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

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

Persona moral

RFC: **G0GG950515UR8**
CURP (opcional): **G0GG950515MNLNRROG**
Nombre(s): **Grecia Lilián**
Primer apellido: **González**
Segundo apellido: **García**
Lada:
Teléfono: **5170446810**
Extensión:
Correo electrónico: **lnu6199@gmail.com**

RFC:
Denominación o razón social:

Representante legal o apoderado que solicita el trámite

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



Domicilio fiscal del propietario

Código postal: **GG220**
Tipo y nombre de vialidad:
calle: **Rio Mississippi**
(Por ejemplo Avenida boulevard calle, carretera camino privada, terraceria entre otros)
Número exterior: **128** Número interior: **05**
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:
Colonia del Valle

Localidad:
Municipio o alcaldía: **San Pedro Garza García**
Entidad Federativa: **Nuevo Leon**
Entre vialidad (tipo y nombre): **calle: Rio Guizalva**
Y vialidad (tipo y nombre): **calle: Rio Tamazunchale**
Vialidad posterior (tipo y nombre): **calle: Rio de la Plata**
Lada:
Teléfono: **8180262553**
Extensión:

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

"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)"

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

3. Datos del establecimiento

RFC: 6069950515 OR 3

Denominación o razón social: NUTRIGRACE

Clave SCIAN
621391

Descripción del SCIAN

Consultorio de nutriólogos y dietistas del sector privado

069878

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

Horario de operaciones

D X X X X X S de 07:00 a 19:00
HH:MM HH:MM
D L M M J V X de 09:00 a 16:00
HH:MM HH:MM
Fecha de inicio de operaciones: 01 / 09 / 2020
DD MM AAAA

Domicilio del establecimiento

Código postal: 66220

Tipo y nombre de vialidad:

calle Rio Mississippi

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

Número exterior: 28 Número interior: 05

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

Colonia del Valle

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

Localidad:

Municipio o alcaldía: San Pedro Garza García

Entidad Federativa: Nuevo Leon

Entre vialidad (tipo y nombre): calle Rio Grisalva

Y vialidad (tipo y nombre): calle Rio Tamazunchale

Vialidad posterior (tipo y nombre): calle Rio de la Plata

Lada:

Teléfono: 8130262553

Extensión:

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

Representante legal

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.

CURP (opcional): 6069950515 OR 3

Nombre(s): Mario Andrés

Primer apellido: Gutiérrez

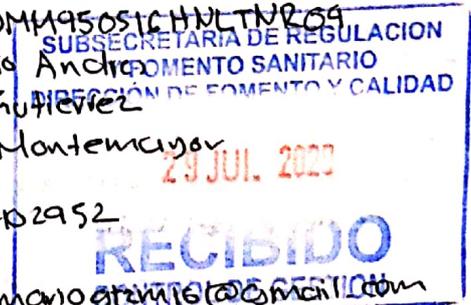
Segundo apellido: Montemayor

Lada:

Teléfono: 8117402952

Extensión:

Correo electrónico: mario.gutierrez@comcan.com



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

069878

Representante legal
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:

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

Representante legal
 CURP (opcional):
 Nombre(s):
 Primer apellido:
 Segundo apellido:
 Lada:
 Teléfono:
 Extensión:
 Correo electrónico:

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				Segunda tabla		
Aérea	Marítima	Terrestre		Aérea	Marítima	Terrestre
Alta	Baja	A modificar		Ya modificado		
Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias	Ambulancia de traslados	Características	Ambulancia de cuidados intensivos	Ambulancia de urgencias
Marca				Marca		
Modelo				Modelo		
Número de placas				Número de placas		
Número de motor				Número de motor		



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

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	A modificar
<input checked="" type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Baja
RFC: G0GG9505UR8	
CURP (opcional): G0GG950515MULURRO6	
Nombre(s): Grecia Lisan	
Primer apellido: Gonzalez	
Segundo apellido: Garcia	
Lada:	
Teléfono: 8110996210	
Extensión:	
Correo electrónico: lnuglog@gmail.com	
Con título profesional de: Licenciatura en Nutrición	
Título profesional expedido por: Universidad de Monterrey	
Número de cédula profesional: 120217C3	
Con especialidad de:	
Título de especialidad expedido por:	
Número de cédula de la especialidad:	
Horario de operaciones	
D <input checked="" type="checkbox"/> S de 07:00 a 19:00	
	HH:MM HH:MM
D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> de 09:00 a 16:00	
	HH:MM HH:MM
Firma del responsable sanitario	

Segunda columna

069878

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

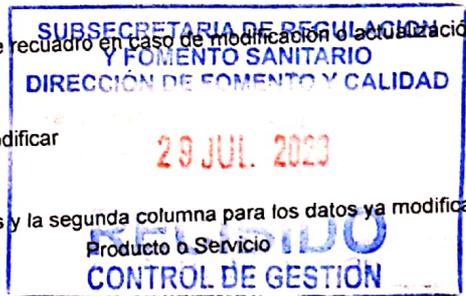
D L M M J V S de HH:MM a HH:MM

Firma del responsable sanitario:

Greciagrg

Nota: Firmar este recuadro en caso de alta o baja

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	Producto o Servicio
1) Solo llenar este apartado en caso de producto:	1) Solo llenar este apartado en caso de producto:
Nuevo A modificar Baja	Nuevo Ya modificado Baja

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

069878

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

Servicios de Salud

Grupo: Otros consultorios para el cuidado de la salud

Subgrupo: Consultorio de Nutriólogo

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:



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

MÉXICO
GOBIERNO FEDERAL



COFEMER
Comisión Federal
de Mejora Regulatoria

Cofepris
Comisión Federal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios

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	

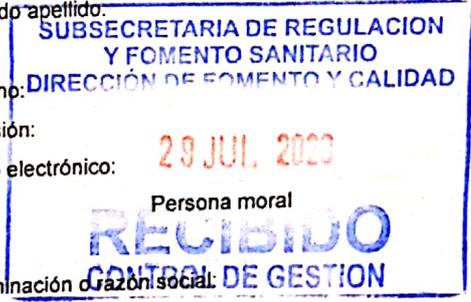
Tabla "A" Proceso

- | | | | |
|----------------|----------------------|---|---|
| 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
Datos del Propietario	RFC:	RFC:
	CURP (opcional):	CURP (opcional):
	Nombre(s):	Nombre(s):
	Primer apellido:	Primer apellido:
	Segundo apellido:	Segundo apellido:
	Lada:	Lada:
Persona moral	Teléfono:	Teléfono:
	Extensión:	Extensión:
	Correo electrónico:	Correo electrónico:
	RFC:	RFC:
	Denominación o razón social:	Denominación o razón social:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

069878

Tipo de modificación

Dice

Debe decir

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.)

Domicilio del propietario (domicilio fiscal)

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:

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:

Denominación o razón social (de ser el caso):

Denominación o razón social (de ser el caso):

Datos del establecimiento

Lada:

Lada:

Teléfono:

Teléfono:

Extensión:

Extensión:

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

RFC:

Denominación o razón social:

Denominación o razón social:



Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Tipo de modificación

Dice

Código postal:

Tipo y nombre de vialidad:

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

Número exterior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:

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

Domicilio del establecimiento

Localidad:

Municipio o alcaldía:

Entidad Federativa:

Entre vialidad (tipo y nombre):

Y vialidad (tipo y nombre):

Vialidad posterior (tipo y nombre):

Lada:

Teléfono:

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

Clave SCIAN y su descripción

Tipo de modificación

Dice

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Representante legal

Debe decir

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO DIRECCIÓN DE FOMENTO Y CALIDAD

29 JUL 2023

RECIBIDO CONTROL DE GESTION

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

0 6 9 8 7 8

Tipo de modificación

Dice

Debe decir

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Lada:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

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

Suspensión de actividades

Reinicio de actividades

Baja definitiva del establecimiento

De DD / MM / AAAA A

Fecha DD / MM / AAAA

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? Si No

Jueciagrg

Greia Lilian González García

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.

SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO DIRECCIÓN DE FOMENTO Y CALIDAD 29 JUL 2020 RECIBIDO CONTROL DE GESTION

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									
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	Suplementos alimenticios	Polvo para preparar bebidas						
			Tabletas o comprimidos						
			Jarabe						
			Agua envasada (mineral, mineralizada y/o purificada)						
			Jugos y néctares						
			Bebidas adicionadas con cafeína						
			Bebidas saborizadas						
			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	Bebidas no alcohólicas	Polvo o jarabe para preparar bebidas			
						Bebidas para deportistas			
						Hielo potable			
						Nieve			
						Bebidas congeladas			
						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	Bebidas alcohólicas	Fermentadas
									Coctel
Destiladas									
Licor o crema									
Preparadas									
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	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 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						
			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	Productos de aseo y limpieza	Lácteos y cárnicos			
						Aceites y grasas			
Féculas, harinas y derivados									
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	Materia prima				Comedores industriales			
						Bares, cantinas, discotecas, etc			
						Restaurantes, taquerías, etc			
						Gelificantes o espesantes			
						Saborizantes			
						Edulcorantes			
						Antioxidantes			
						Colorantes			
						Conservadores			
						Tatuajes			
						Perforaciones			
			Micropigmentaciones						
			Servicios	Servicio de tatuajes, micropigmentaciones y perforaciones	Tatuajes				

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN
 Y FOMENTO SANITARIO
 DIRECCIÓN DE FOMENTO Y CALIDAD
 29 JUL 2020
RECIBIDO
CONTROL DE GESTION

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

069878

Tabla "B" (continuación)

Categoría	Proceso	Grupo	Subgrupo
	Servicios de atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos o consultorios	Consultorio de medicina general Consultorio de atención médica especializada Consultorio de estomatología Otros consultorios para el cuidado de la salud	Nombre de la especialidad Especificar Laboratorios de análisis clínicos Toma de muestras Patología clínica Anatomía patológica Histopatología y citología exfoliativa Ultrasonografía
Servicios de salud	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorios	
	Servicios de asistencia social	Gabinetes de diagnóstico Planificación familiar Salud mental Rehabilitación Atención médica paliativa Asistencia social	
	Expendio o suministro al público	Comercio al por menor de lentes Remedios herbolarios	Especificar
	Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al público	Dispositivos médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Materiales quirúrgicos y de curación Productos higiénicos Insumos de uso odontológico Representante legal en México de una empresa en el extranjero
Insumos para la salud	Distribución	Medicamentos	Nombre químico de la sustancia Medicamentos alopáticos (además indicar la fracción del medicamento según el tipo de suministro o venta al público) Medicamentos homeopáticos Medicamentos herbolarios Medicamentos vitamínicos Medicamentos biotecnológicos
	Distribución Almacenamiento	Materias primas para medicamentos Medicamentos Farmacia alopática Farmacia homeopática Botica	Químicos Bioquímicos Microbianos Botánicos Misceláneos
	Expendio o suministro al público	Plaguicidas	Nombre químico de la sustancia tóxica Nombre del precursor y/o producto químico esencial
Salud ambiental	Almacenamiento Comercialización o distribución Expendio o suministro al público	Sustancias tóxicas Precursor químico y/o producto químico esencial Nutrientes vegetales Productos con límite de metales pesados	Fertilizante Mejorador de suelo Humectante de suelo Juguetes Cerámica vidriada Artículos escolares

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN
SANITARIO
DIRECCIÓN DE FOMENTO Y CALIDAD
 Inoculante
 Regulador de crecimiento
 29 JUL. 2020
RECIBIDO
CONTROL DE GESTION

