

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Publicidad

"El presente es una representación digital del formato FF-COFEPRIS-13, el cual se emite en cumplimiento del Artículo 200-Bis de la Ley General de Salud y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo"

Homoclave del formato	Uso exclusivo de la COFEPRIS
FF-COFEPRIS-13	Número de ingreso
Número de RUPA	2409152002A00061

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS-02-002-A	Nombre: Aviso de Publicidad
Modalidad: Actividades Profesionales, Técnicas, Auxiliares y Especialidades.	

2. Datos del propietario

Persona física	Persona moral
RFC: POPL82100498A	RFC:
CURP: POPL821004HDFNRS09	Denominación o razón social:
Nombre(s): LUIS VIRGILIO PONCE PEREZ	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
Teléfono: 5552642627	RFC:
Extensión:	CURP:
Correo electrónico: consultaspon1601@gmail.com	Nombre(s):
	Teléfono:
	Extensión:
	Correo electrónico:

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: 06760	Municipio o alcaldía: Cuauhtémoc
Tipo y nombre de vialidad: Tlacotalpan	Entidad Federativa: Ciudad de México
Número exterior: 59 Número interior: 1601	Entre vialidad: tepic
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros):	Y vialidad: tlaxcala
Roma Sur	Vialidad posterior: CALLE TLACOTALPAN
Referencia : Hospital Angeles Metropolitano	Teléfono: 5552642627
	Extensión:

"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)"

3. Datos del establecimiento

Denominación o razón social:	CONSULTORIO MEDICO
Indique la 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
	Consultorios de medicina especializada del sector

621113	privado
Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:	2409155036X00181

Responsable sanitario	
RFC:	POPL82100498A

Horario de operaciones										
D	L	M	M	J	V	S	de	10:00	a	18:00
D	L	M	M	J	V	S	de	09:00	a	13:00
Fecha inicio de operaciones:								04 / 03 / 2024		

Domicilio del establecimiento

Código postal: 06760	
Tipo y nombre de vialidad: CALLE TLACOTALPAN	
Número exterior: 59	Número interior: 1601
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros): Colonia	
Roma Sur	
Referencia : HOSPITAL ANGELES METROPOLITANO	

Municipio o alcaldía: Cuauhtémoc
Entidad Federativa: Ciudad de México
Entre vialidad: CALLE TEPIC
Y vialidad: CALLE TLAXCALA
Vialidad posterior: CALLA
Teléfono: 5565774403
Extensión:

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

Representante legal	
RFC: POPL82100498A	
CURP: POPL821004HDFNRS09	
Nombre(s): LUIS VIRGILIO	
Primer apellido: PONCE	
Segundo apellido: PEREZ	
Teléfono: 5565774403	
Extensión:	
Correo electrónico: drlvponce@hotmail.com	

Persona Autorizada	
RFC: POPL82100498A	
CURP: POPL821004HDFNRS09	
Nombre(s): LUIS VIRGILIO	
Primer apellido: PONCE	
Segundo apellido: PEREZ	
Teléfono: 5565774403	
Extensión:	
Correo electrónico: drlvponce@hotmail.com	

4. Datos del producto o servicio

Producto
Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la tabla 4A del instructivo de llenado.
1) Clasificación del producto o servicio: Consultorio de atención médica especializada
2) Especificar: Cirugía General
3) Denominación genérica y específica del producto:
4) Marca comercial:
5) Forma farmacéutica o estado físico:
6) Número de registro o autorización sanitaria o o clave alfanumérica:
Producto
Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la tabla 4A del instructivo de llenado.
1) Clasificación del producto o servicio: Consultorio de atención médica especializada
2) Especificar: Hepato-Pancreato-Biliar
3) Denominación genérica y específica del producto:
4) Marca comercial:
5) Forma farmacéutica o estado físico:
6) Número de registro o autorización sanitaria o o clave alfanumérica:

Producto
Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la tabla 4A del instructivo de llenado.
1) Clasificación del producto o servicio: Consultorio de atención médica especializada
2) Especificar: Gastro-cirugia
3) Denominación genérica y específica del producto:
4) Marca comercial:
5) Forma farmacéutica o estado físico:
6) Número de registro o autorización sanitaria o o clave alfanumérica:
Producto
Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la tabla 4A del instructivo de llenado.
1) Clasificación del producto o servicio: Consultorio de atención médica especializada
2) Especificar: Cirugia Laparoscopica
3) Denominación genérica y específica del producto:
4) Marca comercial:
5) Forma farmacéutica o estado físico:
6) Número de registro o autorización sanitaria o o clave alfanumérica:
Producto
Para llenar los campos 1 y 2 de esta sección consulte la tabla 4A del instructivo de llenado.
1) Clasificación del producto o servicio: Consultorio de atención médica especializada
2) Especificar: Cirugia de Hernias
3) Denominación genérica y específica del producto:
4) Marca comercial:
5) Forma farmacéutica o estado físico:
6) Número de registro o autorización sanitaria o o clave alfanumérica:

4.A. Clasificación de Productos o Servicios:

1. Medicamentos	4. Productos Biotecnológicos	7. Plaguicidas	10. Atención Médica	13. Bebidas Alcohólicas
2. Remedios Herbolarios	5. Productos Cosméticos	8. Nutrientes Vegetales	11. Alimentos	14. Procedimientos de Embellecimiento
3. Dispositivos Médicos	6. Suplementos Alimenticios	9. Sustancias Tóxicas	12. Bebidas No Alcohólicas	

5. Datos de publicidad

5.A. Datos de la agencia de publicidad

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP:	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

Domicilio de la agencia de publicidad

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros):	
Referencia :	

Municipio o alcaldía:
Entidad Federativa:
Entre vialidad:
Y vialidad:
Vialidad posterior:
Teléfono:
Extensión:

5.B Información de la Publicidad

Marque a que público va dirigida la publicidad	<input checked="" type="radio"/> Población general(Masiva)	<input type="radio"/> Profesionales de la Salud
--	--	---

Medio publicitario: Internet (Página web/Redes Sociales)	Horario de Transmisión:
Número de productos o tipo de servicio:5	
Duración o Tamaño:	

(a) Excepto para profesionales de la salud.

6. Datos del importador, distribuidor y fabricante (Aplica sólo para productos cosméticos)

6.A. Datos del importador

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP:	Denominación o razón social:
Nombre(s):	Teléfono:
Primer apellido:	Extensión:
Segundo apellido:	Correo electrónico:
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	

Domicilio del importador

Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)	Municipio o alcaldía:
Número exterior:	Entidad Federativa:
Número interior:	Entre vialidad:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Y vialidad:
	Vialidad posterior:

6.B. Datos del distribuidor

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP:	Denominación o razón social:
Nombre(s):	Teléfono:
Primer apellido:	Extensión:
Segundo apellido:	Correo electrónico:
Teléfono:	
Extensión:	

Correo electrónico:

Domicilio del distribuidor

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:

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

Localidad:

Municipio o alcaldía:

Entidad Federativa:

Entre vialidad:

Y vialidad:

Vialidad posterior:

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

6.C. Datos del fabricante

Persona física

RFC:

CURP:

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Domicilio del fabricante

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:

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

Localidad:

Municipio o alcaldía:

Entidad Federativa:

Entre vialidad:

Y vialidad:

Vialidad posterior:

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

7. Responsable del producto:

Persona física

RFC:

CURP:

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

8. Responsable de la publicidad:

Persona física

RFC:

CURP:

Nombre(s):

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

Primer apellido:
Segundo apellido:
Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

Teléfono:
Extensión:
Correo electrónico:

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

LUIS VIRGILIO PONCE PEREZ 05 / 03 / 2024 13:26

Firma del Representante Legal:

ASNIWMVNye0S5bbmF5whfUVEift0IACj2Z4Sww5jJTNMrSgrkTH3W01ISyN7Wv2oA9q2XxrcLWSkhCZw /YWTGBihOhr3oY9Aj9w/IDt122xYvGGGOeCSMG6UA1WzHG/U/W6hYn1EyIRWAmZB6t0ctRqtOjiaWUzH 4fqFONojV9rMFBTflncQpVWeNqKs9vFok0Wx+RJQ3DIVO8Ef0Kp/h0Hd8Ng93zBZROZ/491oDRKij/Yz VtLc/GdW8GFkUc41BeGUzFE9O+36HU9NTEMGfDsY/9PK09VGQSNpMbSsC8pL4bAJOL47HojAQm3xaHZk FVfiqZ9UNL+nVPVvSB6eQ==

Esta es la representación visual de la firma electrónica del documento digital "Aviso de Publicidad".

Cadena Original:

||COFEPRIS-02-002-A|Aviso de Publicidad|Modalidad A.- Actividades Profesionales, Técnicas, Auxiliares y Especialidades.||LUIS VIRGILIO PONCE PEREZ |POPL82100498 A||POPL821004HDFNRS09|06760|Tlacotalpan |59|Cuahtémoc|Ciudad de México|621113|6 21113|621113|621113|621113|621113|621113|621113|621113|06760|CALLE TLACOT ALPAN|CALLA|59|1601|Cuahtémoc|Ciudad de México|POPL821004HDFNRS09|LUIS VIRGILIO |PONCE|PEREZPOPL821004HDFNRS09|LUIS VIRGILIO|PONCE |PEREZ|Cirugia General|Consul torio de atención médica especializada|Gastro-cirugia|Consultorio de atención mé dica especializada|Hepato-Pancreato-Biliar |Consultorio de atención médica espec ializada|Cirugia de Hernias |Consultorio de atención médica especializada|Cirugi a Laparoscopica|Consultorio de atención médica especializada|Población en Genera l (Masiva)|Internet (Página web/Redes Sociales)|5|LUIS VIRGILIO PONCE PEREZ 2024 /2/5 13:25||

/*

Sello Digital:

ASNIWMVNye0S5bbmF5whfUVEift0IACj2Z4Sww5jJTNMrSgrkTH3W01ISyN7Wv2oA9q2XxrcLWSkhCZw /YWTGBihOhr3oY9Aj9w/IDt122xYvGGGOeCSMG6UA1WzHG/U/W6hYn1EyIRWAmZB6t0ctRqtOjiaWUzH 4fqFONojV9rMFBTflncQpVWeNqKs9vFok0Wx+RJQ3DIVO8Ef0Kp/h0Hd8Ng93zBZROZ/491oDRKij/Yz VtLc/GdW8GFkUc41BeGUzFE9O+36HU9NTEMGfDsY/9PK09VGQSNpMbSsC8pL4bAJOL47HojAQm3xaHZk FVfiqZ9UNL+nVPVvSB6eQ==

*/

Fecha y hora de la solicitud:

05 / 03 / 2024 13:28



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**

Calle Oklahoma No. 14, Colonia Nápoles;
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03810
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx