

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**Publicidad**

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-13
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 máquina o computadora.

El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

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

2. Datos del propietario

Persona física	
RFC:	JICN880625DA3
CURP (opcional):	
Nombre(s):	NINIVE
Primer apellido:	JIMENEZ
Segundo apellido:	CARREON
Lada:	55
Teléfono:	544822061
Extensión:	
Correo electrónico:	contacto@draniveori.com

Persona moral	
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:	04250	
Tipo y nombre de vialidad:	CALLE PASEO DE LOS FRAMBOYANES	
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)		
Número exterior:	122	Número interior:
		2021
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	COLONIA PASEOS DE TAXQUEÑA	
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)		

Localidad:	
Municipio o alcaldía:	COYOACAN
Entidad Federativa:	CIUDAD DE MEXICO
Entre vialidad (tipo y nombre):	CALLE PASEO DE LA HACIENDA
Y vialidad (tipo y nombre):	CALLE PASEO DE LOS PIRULES
Vialidad posterior (tipo y nombre):	
Lada:	55
Teléfono:	544822061
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)"**



**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**

**3. Datos del establecimiento**

RFC: JICN880625DA3	Denominación o razón social: DRA. NINIVE JIMENEZ CARREON OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
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
621113	Consultorios de medicina especializada del sector privado
Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:	

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

<b>Responsable sanitario</b>
RFC: JICN880625DA3

<b>Horario de operaciones:</b>												
D	L	M	M	J	V	S	de	08:00 HH:MM	a	15:00 HH:MM		
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM		
Fecha de inicio de operaciones:								16 DD	/	02 MM	/	2021 AAAA

**Domicilio del establecimiento**

Código postal: 14308
Tipo y nombre de vialidad: CALZADA ACOXPA <small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>
Número exterior: 430      Número interior: CONSULTORIO 15
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: COLONIA EX- HACIENDA COAPA <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>

Localidad:
Municipio o alcaldía: TLALPAN
Entidad Federativa: CIUDAD DE MEXICO
Entre vialidad (tipo y nombre): AVENIDA EJIDO
Y vialidad (tipo y nombre): CALZADA GUADALUPE
Vialidad posterior (tipo y nombre):
Lada: 55
Teléfono: 88075458
Extensión:

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

<b>Representante legal</b>
CURP (opcional):
Nombre(s): NINIVE
Primer apellido: JIMENEZ
Segundo apellido: CARREON
Lada: 55
Teléfono: 544822061
Extensión:
Correo electrónico: contacto@draniveorl.com

<b>Persona autorizada</b>
CURP (opcional):
Nombre(s): FRANCISCO
Primer apellido: SALVADOR
Segundo apellido: TOLEDO
Lada: 55
Teléfono: 72616781
Extensión:
Correo electrónico: lictoledo78@gmail.com

Nota: Reproducir el apartado de Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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

Persona autorizada
CURP (opcional):
Nombre(s): MARIO IVAN
Primer apellido: CORDOVA
Segundo apellido: RODRIGUEZ
Lada: 55
Teléfono: 72616781
Extensión:
Correo electrónico: ivncr17@gmail.com

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

Persona autorizada
CURP (opcional):
Nombre(s): MITZI TAIS
Primer apellido: NIETO
Segundo apellido: HERNANDEZ
Lada: 55
Teléfono: 72616781
Extensión:
Correo electrónico: mitzitaish_17@hotmail.com

Nota: Reproducir el apartado de Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s), tantas veces sea necesario.

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: 10) Atención Médica
2) Especificar: Servicios de medicina especializada
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:
2) Especificar:
3) Denominación genérica y específica del producto:
4) Marca comercial:
5) Forma farmacéutica o estado físico:
6) Número de registro o autorización sanitaria o clave alfanumérica:

Nota: Para el caso de más de dos productos, reproducir este recuadro, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido por tipo de trámite.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

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 (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

Domicilio de la agencia de publicidad

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

5.B Información de la publicidad

Marque a que público va dirigida la publicidad:  Población en General (Masiva)  Profesionales de la Salud

Medio publicitario: INTERNET-MEDIOS DIGITALES

Número de productos o tipo de servicio: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Duración o Tamaño:<sup>(a)</sup>

Horario de transmisión:

D	L	M	M	J	V	S	de	00:00	a	23:59
								HH : MM		HH : MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH : MM	a	HH : MM

(a) Excepto para profesionales de la salud.

**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

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

**6.A. Datos del importador**

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:

**Domicilio del importador**

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	

Localidad:
Municipio o alcaldía:
Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

**6.B. Datos del distribuidor**

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:

**Domicilio del distribuidor**

Código postal:	
Tipo y nombre de vialidad:	
<small>(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.)</small>	
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:	
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)</small>	

Localidad:
Municipio o alcaldía:
Entidad Federativa:
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6.C. Datos del fabricante

Persona física
RFC: <sup>(b)</sup> :
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC: <sup>(b)</sup> :
Denominación o razón social:

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

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: <sup>(b)</sup> :
Municipio o alcaldía: <sup>(b)</sup> :
Entidad Federativa: <sup>(b)</sup> :
Entre vialidad (tipo y nombre):
Y vialidad (tipo y nombre):
Vialidad posterior (tipo y nombre):

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

7. Responsable del producto:

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:

**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

8. Responsable de la publicidad:

Persona física
RFC:
CURP (opcional):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
RFC:
Denominación o razón social:

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. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario. (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?

Sí

No

NINIVE JIMENEZ CARREON

Nombre completo y firma autógrafa del propietario o representante legal o responsable sanitario

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**.

**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