

**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: MEFJ751111MW1                                 | RFC:                                                    |
| CURP (opcional):                                   | Denominación o razón social:                            |
| Nombre(s): JOSE                                    | Representante legal o apoderado que solicita el trámite |
| Primer apellido: MEDINA                            | RFC:                                                    |
| Segundo apellido: FLORES                           | CURP (opcional):                                        |
| Lada:                                              | Nombre(s):                                              |
| Teléfono: 33-36-28-20-05                           | Primer apellido:                                        |
| Extensión:                                         | Segundo apellido:                                       |
| Correo electrónico: drmedina@providafertilidad.com | Lada:                                                   |
|                                                    | Teléfono:                                               |
|                                                    | Extensión:                                              |
|                                                    | Correo electrónico:                                     |

**Domicilio fiscal del propietario**

|                                                                                                       |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Código postal: 82180                                                                                  | Localidad: MAZATLAN                                      |
| Tipo y nombre de vialidad: CALLE SOL                                                                  | Municipio o alcaldía: MAZATLAN                           |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)          | Entidad Federativa: SINALOA                              |
| Número exterior: 5715                                                                                 | Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE 24 DE FEBRERO      |
| Número interior:                                                                                      | Y vialidad (tipo y nombre): CALLE 5 DE MAYO              |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano:                                                    | Validad posterior (tipo y nombre): CALLE SEGUNDA SATURNO |
| COLONIA ESPERANZA                                                                                     | Lada:                                                    |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.) | Teléfono: 33-36-28-20-05                                 |
|                                                                                                       | 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)"**

## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

00001200

## 3. Datos del establecimiento

|                                                                                                                                                    |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RFC: MEFJ751111MW1                                                                                                                                 | Denominación o razón social: PROVIDA SALUD INTEGRAL                                                  |
| 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                                                                                |
| 62 1341                                                                                                                                            | Consultorios del sector privado de audiología y de terapia física ocupacional, física y de lenguaje. |

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

|                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| Horario de operaciones          |                          |
| D L M M J V S de                | 8:00 HH:MM a 18:00 HH:MM |
| D L M M J V S de                | 8:00 HH:MM a 16:00 HH:MM |
| Fecha de inicio de operaciones: | 01 / 2019 MM AAAA        |

Ventanilla Unica  
**RECIBIDO**

08 NOV 2019

|                                                                                                      |                  |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------|
| Código postal: 44500                                                                                 |                  | Localidad: GUADALAJARA                                    |
| Tipo y nombre de vialidad: AVENIDA GUADALUPE                                                         |                  | Municipio o alcaldía: GUADALAJARA                         |
| (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)         |                  | Entidad Federativa: JALISCO                               |
| Número exterior: 284                                                                                 | Número interior: | Entre vialidad (tipo y nombre): CALLE SAN MIGUEL          |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: CHAPALITA                                         |                  | Y vialidad (tipo y nombre): CALLE CUATITLAN               |
| (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros) |                  | Vialidad posterior (tipo y nombre): AVENIDA SAN FRANCISCO |
|                                                                                                      |                  | Lada:                                                     |
|                                                                                                      |                  | Teléfono: 33-36-28-20-05                                  |
|                                                                                                      |                  | Extensión:                                                |

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

## Representante legal

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| CURP (opcional):                                   |
| Nombre(s): JOSE                                    |
| Primer apellido: MEDINA                            |
| Segundo apellido: FLORES                           |
| Lada:                                              |
| Teléfono: 33-36-28-20-05                           |
| Extensión:                                         |
| Correo electrónico: drmedina@providafertilidad.com |

## Persona autorizada

|                                             |
|---------------------------------------------|
| CURP (opcional):                            |
| Nombre(s): JOSE ALONSO                      |
| Primer apellido: REYES                      |
| Segundo apellido: MARTINEZ                  |
| Lada:                                       |
| Teléfono: 33-36-28-20-05                    |
| Extensión:                                  |
| Correo electrónico: alonsoreyes@hotmail.com |

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

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICACOT-MER  
Comisión Federal para la Protección  
contra Riesgos SanitariosCofepris  
Comisión Federal para la Protección  
contra Riesgos Sanitarios

## 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