

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        | 2607072002A00095             |
|                       |                              |

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: MARA880516496                         | RFC:                                                    |
| CURP: MARA880516HCSLMN05                   | Denominación o razón social:                            |
| Nombre(s): ANGEL ANTONIO MALDONADO RAMIREZ | Representante legal o apoderado que solicita el trámite |
| Teléfono: 5634776754                       | RFC:                                                    |
| Extensión:                                 | CURP:                                                   |
| Correo electrónico: angel.iphone@gmail.com | Nombre(s):                                              |
|                                            | Teléfono:                                               |
|                                            | Extensión:                                              |
|                                            | Correo electrónico:                                     |

Domicilio fiscal del propietario

|                                                                                                                                                         |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Código postal: 30700                                                                                                                                    | Municipio o alcaldía: Tapachula      |
| Tipo y nombre de vialidad:<br>Av Central Norte                                                                                                          | Entidad Federativa: Chiapas          |
| Número exterior: 92                                                                                                                                     | Entre vialidad: Av central norte     |
| Número interior:                                                                                                                                        | Y vialidad: 13 poniente              |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros): | Vialidad posterior: Av central norte |
| Tapachula Centro                                                                                                                                        | Teléfono: 5634776754                 |
| Referencia : Farmacias del ahorro                                                                                                                       | 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 Dr. Angel Maldonado             |
| 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 general del sector |

|                                                                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 621111                                                                      | privado          |
| Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: | 2607075036A00076 |

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| Responsable sanitario |               |
| RFC:                  | MARA880516496 |

|                              |   |   |   |   |   |   |    |                |   |       |  |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|----|----------------|---|-------|--|
| Horario de operaciones       |   |   |   |   |   |   |    |                |   |       |  |
| D                            | L | M | M | J | V | S | de | 08:00          | a | 20:00 |  |
| D                            | L | M | M | J | V | S | de | 10:00          | a | 17:00 |  |
| Fecha inicio de operaciones: |   |   |   |   |   |   |    | 15 / 08 / 2026 |   |       |  |

Domicilio del establecimiento

|                                                                                                                                                                 |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Código postal: 30700                                                                                                                                            |                  |
| Tipo y nombre de vialidad:<br>2A Avenida Sur 23-A, Col. Centro.                                                                                                 |                  |
| Número exterior: 23-A                                                                                                                                           | Número interior: |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros): Colonia |                  |
| Tapachula Centro                                                                                                                                                |                  |
| Referencia : Edificio de dos pisos color naranja.                                                                                                               |                  |

|                                 |
|---------------------------------|
| Municipio o alcaldía: Tapachula |
| Entidad Federativa: Chiapas     |
| Entre vialidad: 2da Poniente    |
| Y vialidad: 4ta Poniente        |
| Vialidad posterior: Calle       |
| Teléfono: 9621678426            |
| Extensión:                      |

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

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| Representante legal                                                            |
| RFC: MARA880516496                                                             |
| CURP: MARA880516HCSLMN05                                                       |
| Nombre(s): Angel Antonio                                                       |
| Primer apellido: Maldonado                                                     |
| Segundo apellido: Ramirez                                                      |
| Teléfono: 9621678426                                                           |
| Extensión:                                                                     |
| Correo electrónico: <a href="mailto:maldondr@gmail.com">maldondr@gmail.com</a> |

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:<br>Consultorio de medicina general                  |
| 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:                          |

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

RFC:

CURP:

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

#### Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

### 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

☒ Población general(Masiva)

☐ Profesionales de la Salud

Medio publicitario: Internet (Página web/Redes Sociales)

Número de productos o tipo de servicio: 1

Duración o Tamaño:

Horario de Transmisión:

(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

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 importador

Código postal:

Tipo y nombre de vialidad:

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

Número exterior:

Número interior:

Localidad:

Municipio o alcaldía:

Entidad Federativa:

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

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 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:

##### Persona moral

RFC:



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

|                              |
|------------------------------|
| Denominación o razón social: |
| Teléfono:                    |
| Extensión:                   |
| Correo electrónico:          |

## 8. Responsable de la publicidad:

| 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:          |

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

Angel Antonio Maldonado Ramirez 13 / 08 / 2026 09:29

### Firma del Representante Legal:

a3tTNY0qRi475vd9EGpLZBlxaztim0wSGaldmO+OAg7VMXSoXz6WH81JUnZC+ZTPkyAdr3p2yyCAa/V  
9caBY71m3AwUYRZfzAQHIZAHOfYQjmvBiBuO74CGNLJlENGcNIve9r5+wqx+Dwd2BqJ8yyo6Wqw0Rg5q  
9M/VI4lokXRRX2K2e1bM2IDhjhZuiFmDQEZWzmbzWO1PnTBcoJD8p48kQh9gla2GONidy72DqBxK7U9Q  
TSI6zidmNthHYjIUZkpeMAW6iYxlKVxgw8OERuniGGcFqU+ebMGHtaFCuly5eAJTmPuzutltxVVI8+Mu  
WebdbMCMdOQOrnsxFu+f/Q==

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.|ANGEL ANTONIO MALDONADO RAMIREZ |MAR88  
0516496||MAR880516HCSLMN05|30700|Av Central Norte|92|Tapachula|Chiapas|621111|3  
0700|2A Avenida Sur 23-A, Col. Centro.|Calle |23-A||Tapachula|Chiapas|MAR880516  
HCSLMN05|Angel Antonio |Maldonado |RamirezConsultorio de medicina general|Pobla  
ción en General (Masiva)|Medios: 2|Productos: 1|Angel Antonio Maldonado Ramirez  
2026/7/13 12:31||

### Sello Digital:

a3tTNY0qRi475vd9EGpLZBlxaztim0wSGaldmO+OAg7VMXSoXz6WH81JUnZC+ZTPkyAdr3p2yyCAa/V  
9caBY71m3AwUYRZfzAQHIZAHOfYQjmvBiBuO74CGNLJlENGcNIve9r5+wqx+Dwd2BqJ8yyo6Wqw0Rg5q  
9M/VI4lokXRRX2K2e1bM2IDhjhZuiFmDQEZWzmbzWO1PnTBcoJD8p48kQh9gla2GONidy72DqBxK7U9Q  
TSI6zidmNthHYjIUZkpeMAW6iYxlKVxgw8OERuniGGcFqU+ebMGHtaFCuly5eAJTmPuzutltxVVI8+Mu  
WebdbMCMdOQOrnsxFu+f/Q==

### Fecha y hora de la solicitud:

13 / 08 / 2026 13:31



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](mailto:contacto@cofepris.gob.mx)

