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 |
|---|
| FF-COFEPRIS-13 |
| Número de RUPA |
| |

Uso exclusivo de la COFEPRIS

| Número de ingreso |
|---|
| 2605082002A00130 |

## 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 |
|---|
| RFC: GASG930606GH2 |
| CURP: GASG930606HCLLLS01 |
| Nombre(s): GUSTAVO ADOLFO GALLART SILLER |
| Teléfono: 8441226290 |
| Extensión: |
| Correo electrónico: gags_125@hotmail.com |

| Persona moral |
|---|
| RFC: |
| Denominación o razón social: |
| Representante legal o apoderado que solicita el trámite |
| RFC: |
| CURP: |
| Nombre(s): |
| Teléfono: |
| Extensión: |
| Correo electrónico: |

## Domicilio fiscal del propietario

| | |
|---|---|
| Código postal: 27640 | |
| Tipo y nombre de vialidad:<br>calle presiedente carranza | |
| Número exterior: 109 | Número interior: |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros): | |
| Cuatro Ciénegas de Carranza Centro | |
| Referencia : Barandal rojo | |

| |
|---|
| Municipio o alcaldía: Cuatro Ciénegas |
| Entidad Federativa: Coahuila de Zaragoza |
| Entre vialidad: Calle Mariano Escobedo |
| Y vialidad: Calle Benito Juarez |
| Vialidad posterior: Calle Emilio Carranza |
| Teléfono: 8441226290 |
| 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 Centro hospitalario la concepción |
| 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: | 2605085036X00341 |

| Resposable sanitario | |
|---|---|
| RFC: | GASG930606GH2 |

| Horario de operaciones | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | L | M | M | J | V | S | de | 08:00 | a | 18:00 |
| Fecha inicio de operaciones: | | | | | | | | 19 / 05 / 2026 | | |

## Domicilio del establecimiento

| | |
|---|---|
| Código postal: 25230 | |
| Tipo y nombre de vialidad:<br>Calle Venustiano Carranza | |
| Número exterior: 4036 | Número interior: 1 |
| Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros): Colonia | |
| Villa Olímpica | |
| Referencia : Centro Hospitalario La Concepción | |

| |
|---|
| Municipio o alcaldía: Saltillo |
| Entidad Federativa: Coahuila de Zaragoza |
| Entre vialidad: Calle Canada |
| Y vialidad: Bulevard Nasario Ortiz Garza |
| Vialidad posterior: Calle Dr. Lazaro Benavides Vazquez |
| Teléfono: 8444449950 |
| Extensión: |

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

| Representante legal |
|---|
| RFC: GASG930606GH2 |
| CURP: GASG930606HCLLLS01 |
| Nombre(s): GUSTAVO ADOLFO |
| Primer apellido: GALLART |
| Segundo apellido: SILLER |
| Teléfono: 8441226290 |
| Extensión: |
| Correo electrónico: gags_125@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:<br>Consultorio de atención médica especializada |
| 2) Especificar:<br>Ginecología y Obstetricia |
| 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<br>2. Remedios Herbolarios<br>3. Dispositivos Médicos | 4. Productos Biotecnológicos<br>5. Productos Cosméticos<br>6. Suplementos Alimenticios | 7. Plaguicidas<br>8. Nutrientes Vegetales<br>9. Sustancias Tóxicas | 10. Atención Médica<br>11. Alimentos<br>12. Bebidas No Alcohólicas | 13. Bebidas Alcohólicas<br>14. Procedimientos de Embellecimiento |

## 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: | Municipio o alcaldía: |
| Tipo y nombre de vialidad: | Entidad Federativa: |
| Número exterior: / 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: |
| Referencia : | Teléfono: |
| | Extensión: |

### 5.B Informacion 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) | Horario de Transmisión: |
| Número de productos o tipo de servicio:1 | |
| 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): | |
| Primer apellido: | Teléfono: |
| Segundo apellido: | Extensión: |
| Teléfono: | Correo electrónico: |
| 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: / Número interior: | Entidad Federativa: |
| | Entre vialidad: |

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

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

**6.C. Datos del fabricante**

| 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 fabricante**

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

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

**7. Responsable del producto:**

| 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: | |

**8. Responsable de la publicidad:**

| 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: | |

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**

GUSTAVO ADOLFO GALLART SILLER 19 / 05 / 2026 11:34

**Firma del Representante Legal:**
jHM8zYdvHc8wneHX6pww154zdBNejtQeMezRMOv5XsHNhtmKVLR9sDvU3y6bZH895HVaPSDo+K6v2cX+
IkaOgQddhlLoNHZapHWQiiUKAwKeSkmpqpfCJnTGdDxruENHypWrsYZKWQLuesIxbKLO8H14F/vVbSVh
+PiiH6zv+RrPn7v4V7JgnnaU+PscS+nSDV9UDxyNiFejh0FjO+pOi8J2qe/ltttu9CWkalnFQvp1x7GI
JCxwvlliwj2MG9vEqbVfhW05i0eurV1tF9oAv0dNUxDu9bZma9EYa0v1vMtmGH/YwMztG+uzLlwakX1K
8OwSmewWQi2pMF3MsAgF7w==
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.|GUSTAVO ADOLFO GALLART SILLER |GASG9306
06GH2||GASG930606HCLLLS01|27640|calle presiedente carranza|109|Cuatro Ciénegas|C
oahuila de Zaragoza|621113|621113|25230|Calle Venustiano Carranza|Calle Dr. Laza
ro Benavides Vazquez|4036|1|Saltillo|Coahuila de Zaragoza|GASG930606HCLLLS01|GUS
TAVO ADOLFO|GALLART|SILLERGinecología y Obstetricia|Consultorio de atención médi
ca especializada|Población en General (Masiva)|Internet (Página web/Redes Social
es)|1|GUSTAVO ADOLFO GALLART SILLER 2026/4/19 11:34||

**Sello Digital:**
jHM8zYdvHc8wneHX6pww154zdBNejtQeMezRMOv5XsHNhtmKVLR9sDvU3y6bZH895HVaPSDo+K6v2cX+
IkaOgQddhlLoNHZapHWQiiUKAwKeSkmpqpfCJnTGdDxruENHypWrsYZKWQLuesIxbKLO8H14F/vVbSVh
+PiiH6zv+RrPn7v4V7JgnnaU+PscS+nSDV9UDxyNiFejh0FjO+pOi8J2qe/ltttu9CWkalnFQvp1x7GI
JCxwvlliwj2MG9vEqbVfhW05i0eurV1tF9oAv0dNUxDu9bZma9EYa0v1vMtmGH/YwMztG+uzLlwakX1K
8OwSmewWQi2pMF3MsAgF7w==

**Fecha y hora de la solicitud:**
19 / 05 / 2026 12:34

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