



**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**  
**SECRETARÍA DE SALUD**  
**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA**  
**RIESGOS SANITARIOS**  
**COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA**



193300CT041292

Hoja 1 de 1  
NCA

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE DEL PROPIETARIO O RAZÓN SOCIAL: **ARETE PROYECTOS Y ADMINISTRACIÓN S.C.**  
DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **ARETE PROYECTOS Y ADMINISTRACIÓN S.C.**

**DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO**

CALLE: **AV. TOLUCA No.585 LOCAL 20**  
COLONIA Y/O LOCALIDAD: **OLIVAR DE LOS PADRES**  
CÓDIGO POSTAL: **01780**  
DEMARCACIÓN TERRITORIAL O MUNICIPIO: **ALVARO OBREGÓN**  
ENTIDAD FEDERATIVA: **CIUDAD DE MÉXICO**

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| <b>REGISTRO No.</b>     | <b>COMITÉ AUTORIZADO:</b>      |
| <b>20 CI 09 010 004</b> | <b>COMITÉ DE INVESTIGACIÓN</b> |

|                                   |  |                               |            |                                  |            |                               |       |                              |       |                                   |       |                           |       |                             |       |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|------------|----------------------------------|------------|-------------------------------|-------|------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|---------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| <b>MODALIDAD:</b>                 | <b>NOMBRES DE LOS INTEGRANTES INTERNOS Y EXTERNOS:</b>   |                               |            |                                  |            |                               |       |                              |       |                                   |       |                           |       |                             |       |
| <b>INSCRIPCIÓN</b>                | <table border="0"> <tr> <td>DR. PABLO ADOLFO MAYER VILLA*</td> <td>PRESIDENTE</td> </tr> <tr> <td>PSI. MARÍA FERNANDA GÓMEZ TELLO*</td> <td>SECRETARIA</td> </tr> <tr> <td>DRA. SANDRA OLVERA HERNÁNDEZ*</td> <td>VOCAL</td> </tr> <tr> <td>QFI. MIRIAM MORALES MARTÍNEZ</td> <td>VOCAL</td> </tr> <tr> <td>DR. DAFNE DEL CARMEN PÉREZ FUENTE</td> <td>VOCAL</td> </tr> <tr> <td>DR. GERARDO PEÑA ORDIERES</td> <td>VOCAL</td> </tr> <tr> <td>C. RICARDO RODRIGUEZ FIERRO</td> <td>VOCAL</td> </tr> </table> | DR. PABLO ADOLFO MAYER VILLA* | PRESIDENTE | PSI. MARÍA FERNANDA GÓMEZ TELLO* | SECRETARIA | DRA. SANDRA OLVERA HERNÁNDEZ* | VOCAL | QFI. MIRIAM MORALES MARTÍNEZ | VOCAL | DR. DAFNE DEL CARMEN PÉREZ FUENTE | VOCAL | DR. GERARDO PEÑA ORDIERES | VOCAL | C. RICARDO RODRIGUEZ FIERRO | VOCAL |
| DR. PABLO ADOLFO MAYER VILLA*     | PRESIDENTE   |                               |            |                                  |            |                               |       |                              |       |                                   |       |                           |       |                             |       |
| PSI. MARÍA FERNANDA GÓMEZ TELLO*  | SECRETARIA   |                               |            |                                  |            |                               |       |                              |       |                                   |       |                           |       |                             |       |
| DRA. SANDRA OLVERA HERNÁNDEZ*     | VOCAL  |                               |            |                                  |            |                               |       |                              |       |                                   |       |                           |       |                             |       |
| QFI. MIRIAM MORALES MARTÍNEZ      | VOCAL  |                               |            |                                  |            |                               |       |                              |       |                                   |       |                           |       |                             |       |
| DR. DAFNE DEL CARMEN PÉREZ FUENTE | VOCAL  |                               |            |                                  |            |                               |       |                              |       |                                   |       |                           |       |                             |       |
| DR. GERARDO PEÑA ORDIERES         | VOCAL  |                               |            |                                  |            |                               |       |                              |       |                                   |       |                           |       |                             |       |
| C. RICARDO RODRIGUEZ FIERRO       | VOCAL  |                               |            |                                  |            |                               |       |                              |       |                                   |       |                           |       |                             |       |

|   |   |
|---|---|
| <b>FECHA DE EXPEDICIÓN:</b>                                   | <p>LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN LAS QUE FUE EXPEDIDA</p>  |
| <b>31/01/2020</b>   | <p><b>DR. ALVARO HERRERA HUERTA</b><br/>SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD</p>   |
| <b>VIGENCIA:</b>  | <p>Artículo vigésimo cuarto del Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los Órganos Administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; 1, fracción I del 3 y 14 del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios</p> |
| <b>INDETERMINADA</b>  |   |
| Con fundamento en el artículo 370 de la Ley General de Salud. |   |
| FPS COF 226483  | <b>ESTE REGISTRO DEBERÁ EXHIBIRSE EN UN LUGAR VISIBLE EN EL ESTABLECIMIENTO</b>   |
|   | 193300538B0040 163300538B0058   |