



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE SALUD
COMPROBANTE DE AVISO DE FUNCIONAMIENTO
DE REGULACION DE SERVICIOS DE SALUD
No. AFM- 01073-2007



MEXICALI, BAJA CALIFORNIA A 08 DE ENERO 2007

En atención a su aviso de fecha 19 DE DICIEMBRE 2006, con No. De Entrada 01073 y con fundamento en los artículos 200-bis, Acuerdo 141 en el que se determinan los establecimientos sujetos a Aviso de Funcionamiento, publicado 29 de Julio de 1997 y sin interferir con las disposiciones de otras Dependencias Oficiales, se expide el presente comprobante de Aviso de Funcionamiento:

ESTABLECIMIENTO:

Nombre del Propietario: JAMILETH LOIS SIQUEIROS
Razón Social o Denominación: BEST DENTAL CARE

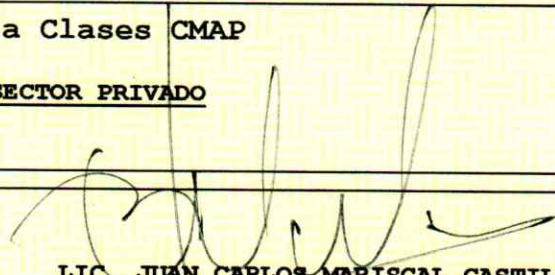
DOMICILIO:

Calle y No: AV. "A" E INTERNACIONAL INT. 2
Colonia: LOS ALGODONES
Delegación o Municipio: MEXICALI
Localidad: LOS ALGODONES
Entidad: BAJA CALIFORNIA

Clase: 923141 Giros de Acuerdo a Clases CMAP
Giro: CONSULTORIOS Y CLINICAS DENTALES DEL SECTOR PRIVADO

Sello Oficial




LIC. JUAN CARLOS MARISCAL CASTILLO
DIRECTOR DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO

OBSERVACIONES:

1. Este comprobante deberá permanecer en el establecimiento, conservarse en buen estado.
2. Cualquier cambio o modificación a los datos señalados anularán el presente comprobante.
3. Cuando el establecimiento cese sus funciones deberá avisar a la Secretaría o Autoridad Sanitaria correspondiente y entregar el comprobante para su cancelación.
4. La actividad del establecimiento se corroborará en la visita de verificación.

Dirección de Regulación y Fomento Sanitario. Av. Pioneros # 1005, Centro Cívico, Palacio Federal 2do.piso.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE SALUD
COMPROBANTE DE AVISO DE RESPONSABLE
DE REGULACION DE SERVICIOS DE SALUD



No. ARM- 01893-2010

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA A 08 DE ABRIL DE 2010

En atención a su aviso de fecha 31 DE MARZO DE 2010, con No. De Entrada 01893 y con fundamento en el artículo 200-bis de la LG S, Anexo 1 del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, publicado en el D.O.F. el 19 de Junio de 2009 y sin interferir con las disposiciones de otras Dependencias Oficiales, se expide el presente comprobante de Aviso de Responsable:

ESTABLECIMIENTO:

Nombre del Propietario: JAMMILETH LOIS SIQUEIROS
Razón Social o denominación: BEST DENTAL CARE

RESPONSABLE SANITARIO:

NOMBRE: ELSA PATRICIA SIQUEIROS BALDERRAMA
TITULO: CIRUJANO DENTISTA
CEDULA PROFESIONAL 632066 **HORARIO:** LUNES Y VIERNES DE 8:00 A 17:00 Y SAB 8:00 A 13:00 HRS

DOMICILIO:

Calle y No: AV. "A" E INTERNACIONAL INT. 2
Colonia: LOS ALGODONES
Delegación o Municipio: MEXICALI
Localidad: LOS ALGODONES
Entidad: BAJA CALIFORNIA

Giros de Acuerdo a Clave SCIAN

Clase: 621211
Giro: CONSULTORIOS DENTALES DEL SECTOR PRIVADO

Sello Oficial

LAE. RICARDO ERNESTO ZAMARRON GUEVARA
DIRECTOR DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

OBSERVACIONES:

1. Este comprobante deberá permanecer en el establecimiento, conservarse en buen estado.
2. Cualquier cambio o modificación a los datos señalados anularán el presente comprobante.
3. Cuando el establecimiento cese sus funciones deberá avisar a la Secretaría o Autoridad Sanitaria correspondiente y entregar el comprobante para su cancelación.
4. La actividad del establecimiento se corroborará en la visita de verificación.

Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios Av. Pioneros # 1005, Centro Cívico, Palacio Federal 2do. piso