



000426

Cd. Victoria, Tamaulipas, a 24 de diciembre de 2019.

Asunto: Se remite Licencia Sanitaria No. 8700.

C. Lic. Adalberto Elizondo Rivera.
Coordinador de Protección contra Riesgos
Sanitarios de la Jurisdicción Sanitaria No. IV.
Blvd. Álvaro Obregón No. 1804-24. entre Mar
Amarillo y Mar Rojo. Col. Altavista.
Reynosa, Tam.

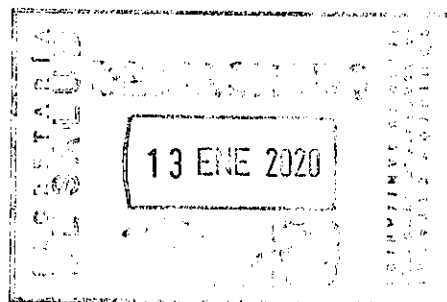
En atención a su oficio No. 0907 de fecha 13 de diciembre del año en curso, anexo al presente remito a usted Licencia Sanitaria No. 8700 expedida al Consultorio de Medicina Especializada a cargo del Dr. José Luis Villarreal Arroyo, para su entrega al interesado.

Asimismo, hago de su conocimiento que la Licencia tiene una vigencia de 2 años y la solicitud de revalidación deberá presentarse dentro de los treinta días anteriores al vencimiento; como lo estipulan los artículos 219 y 221 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Sin más por el momento, quedo de usted.

Atentamente.
Sufragio Efectivo. No Reelección.
El Comisionado Estatal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios.


Dr. Oscar Villa Garza.




HRH/BB****



Dependencia	Secretaría de Salud
Área:	Operación Sanitaria
No. de oficio:	SST/COEPRIS/ /2019
Expediente:	

Asunto: Visita de Verificación Sanitaria N° SS/0392/2019
Cd. Reynosa, Tamaulipas a: 11 de noviembre de 2019

Al propietario, ocupante o representante legal de:
HOSPITAL LOS LAGOS S.A. DE C.V.
Saltillo No. 155 Col. Rodríguez
Cd. Reynosa, Tamps.



Con fundamento en lo dispuesto en los Artículos 4° párrafo cuarto, 14, 16 y 73 fracción XVI regla 3ª de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2 inciso C fracción X y 36 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 1, 3, 5, 7, 10 fracción I, 18, 21, 56, 58, 59, fracción I, II y III, 233, 236, 237 y 240 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 1, 2°, 3° fracciones I y XXVIII, 4 fracción III, 13 inciso A fracciones II, IX y X, 17 bis fracciones II y X, 17 bis 2, 194 primer párrafo, 393, 395, 396, fracción I, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404 y 431 de la Ley General de Salud, la cual señala que la misma es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social, así como los artículos la que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en términos del artículo 4°, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; 144 de la Constitución Política del Estado de Tamaulipas, 1 y 32 fracciones VII, VIII y XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública de Tamaulipas, numeral 2, 2 fracciones I, II, IV, V, VIII, XI, XII, XIV y XVIII del Decreto gubernamental mediante el cual se crea la Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 20 de diciembre de 2012; Acuerdo Específico de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en materia de Control y Fomento Sanitario, que celebra la Secretaría de Salud con la participación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Estado de Tamaulipas, publicado en el Diario Oficial de la Federación en fecha 21 de diciembre de 2007; Artículos: 1°, 3°, 10, 18, 19, 20, 113, 136, 137, 142, 163 y 164 de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas; y demás ordenamientos, se expide la presente orden de visita de verificación sanitaria para ser practicada en ese establecimiento por el (los) verificador(es) sanitario(s): **C. Q.B.P. Mario Luis Armendáriz Cortinas, C. Jorge Gómez Cortes.**

Objeto y alcance: Visita de Verificación Sanitaria General por revalidación de licencia sanitaria debiendo: Solicitar la siguiente documentación en escrito libre y copias fotostáticas legibles: Solicitar licencia sanitaria Estatal del Hospital vigente, copia del título, cedula profesional, cédula de especialidad en medicina estéticas, copias de certificado por parte de Consejo Mexicano de la especialidad en Medicina Estética de los Drs. Mauricio Vergara, Carlos Humberto Vergara y Jose Luis Villarreal Arrollo, medico foráneo originario de la Cd. De Monterrey, Nuevo León, solicitar Programa médico y quirúrgico del hospital, una receta médica cancelada, relación de personal médico incluyendo anesthesiologo que labora en el establecimiento, debiendo asentar el nombre, escuela de egreso, número de cédula profesional y de especialidad en caso de ser especialista y copias de certificación vigente antes Consejo Mexicano de la especialidad que trate, días y horarios de asistencia, también escrito libre relación de personal de enfermería, escuela de egreso, número de cédula profesional, horarios y días de asistencia, revisar expedientes clínicos en búsqueda de actos quirúrgicos relacionado con la medicina estética y de encontrar expedientes, remitir copias de los mismos omitiendo el nombre y datos personales de paciente, constatar las condiciones sanitarias de cada una de las áreas que comprende la unidad médica, copias de bitácoras de registro de limpieza, constancia de fumigación, constancia de mantenimiento preventivo de los equipos médicos existentes, incluyendo máquina de anestesiología y autoclave, copias de convenios de subrogación con hospital resolutive y ambulancia para el traslado de paciente. En caso de no presentar licencia sanitaria Estatal vigente y la certificación ante Consejo Mexicano en Medicina Estética por parte del responsable y evidencia en los expediente clínicos de actos quirúrgicos en medicina estética, se proceda aplicar medida de seguridad consistente en suspensión temporal de actividades de establecimiento. Observando siempre los lineamientos legales aplicables al caso. En caso detectar anomalías graves en el establecimiento que nos ocupa aplicar medidas de seguridad que procedan conforme a la Ley General de Salud.

Dr. Mauricio Vergara De Jovero.
12/Noviembre/19. 11:10 AM.

COEPRIS
COMISIÓN ESTATAL PARA
LA PROTECCIÓN CONTRA
RIESGOS SANITARIOS

Bvtd. Álvaro Obregón No. 1804, Col. Atavista

TEL: (879) 9205331

Ciudad Reynosa, Tamaulipas, México. Cp 84720



De conformidad con el artículo 400 de la ley general de salud, deberá permitir al (los) verificador(es) el acceso y darle todo género de facilidades relacionado con la verificación para el desarrollo de su labor, quienes ante la negativa, con fundamento en el artículo 431 de la ley general de salud, se podrá solicitar el auxilio de la fuerza pública, sin perjuicio de las sanciones de la autoridad competente por incurrir en el delito previsto por los artículos 178 y 180 del código penal federal. Solo se podrá negar el acceso cuando el verificador no se identifique con la credencial vigente o carta credencial respectiva, la orden escrita no ostenta firma autógrafa de la autoridad responsable o por presentarse personal no mencionado en este documento.

Nota: Para cualquier aclaración, por favor comunicarse al teléfono 899-9205334

ATENTAMENTE

Lic. Adalberto Elizondo Rivera

Coordinador Para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.



RASA

COEPRIS
COMISION ESTADAL PARA
LA PROTECCION CONTRA
RIESGOS SANITARIOS



Especificar Institución a la que pertenece: (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social, ISSSTE, SM, Secretaría de la Defensa Nacional, PEMEX u otros). _____

Nivel de atención del hospital: SECUNDARIO

Días laborales: LMNVSD

Horario de labores: de 07:00 a 22:00 hrs. Turnos: 2

Número total de empleados: 14

Número de empleados en área de servicio 6

Cuenta con certificación en calidad expedida por el Consejo de Salubridad General _____ Vigencia _____

Instrucciones:

Se deberán anotar los valores dentro de los cuadros en blanco que conforman la columna denominada "Valor", de acuerdo a la calificación que amerite cada inciso según corresponda.

CALIFICACIÓN:	(2) Cumple Totalmente	(1) Cumple Parcialmente	(0) No cumple	(---) No aplica
---------------	-----------------------	-------------------------	---------------	-----------------

Punto a verificar	Valor
I. Documentación	
1. El establecimiento cuenta con Licencia Sanitaria para Actos Quirúrgicos o de Cirugía Mayor Ambulatoria y se encuentra en lugar visible	1
2. El establecimiento cuenta con Licencia Sanitaria para Farmacia (en caso de manejar medicamentos controlados) y se encuentra en lugar visible	—
3. El establecimiento cuenta con Aviso de Responsable Sanitario del: Hospital, Ambulancia y en su caso de Farmacia	1
4. Se cuenta con convenio con establecimientos de atención médica de mayor capacidad resolutive, en los que se especifican compromisos y responsabilidades, para asegurar la continuidad de la atención médica requerida del paciente	2
5. En caso de ampliación, rehabilitación, acondicionamiento y equipamiento del establecimiento, cuenta con permiso sanitario de construcción	—
6. El establecimiento cuenta con servicio propio de ambulancias, precisar el tipo de ambulancias (Traslado, Urgencias Básicas, Urgencias Avanzadas o de Cuidados Intensivos) y cantidad de ambulancias con las que cuenta el establecimiento. En su caso se cuenta con convenio con otro establecimiento o se cuenta con servicios subrogados de ambulancias que asegura la disponibilidad las 24 horas del día	2
II. Control y mantenimiento	
7. Dentro del Manual de Procedimientos, se cuenta con el procedimiento para determinar las características, frecuencias de aseo y limpieza de áreas y mobiliario	2
8. Se realiza limpieza y desinfección de camas, cada vez que se desocupan.	2
9. Cuenta con registros o bitácoras de limpieza y desinfección de las instalaciones, equipos y transportes	2
10. El personal está capacitado en el uso del equipo médico de los servicios y cuenta con evidencia documental en su archivo o expediente	2
11. Cuenta con un programa para el control y erradicación de fauna nociva	2
12. Se cuenta con programa, registro o bitácora sobre el mantenimiento y calibración de los equipos	2
III. Documentación del personal de la salud y archivo clínico	
13. El establecimiento cuenta con registros (archivo) de la documentación de los profesionales de la salud (profesional, técnico y auxiliar de las disciplinas para la salud) actualizado y completo	2
14. El personal médico cuenta con recetario médico impreso e incluye en forma completa: Nombre del Médico, Institución que expide el Título, Número de Cédula Profesional, Domicilio del establecimiento, Fecha de expedición, y en su caso, Número de Cédula de especialidad	2
15. Se cuenta con expedientes clínicos completos, ordenados e incluyen identificación, historia clínica, notas de	2

evolución, nota de interconsulta, en su caso y con carta de consentimiento informado, debidamente requisitado y se conserva al menos cinco años	
16. Se cuenta con el estado físico I a II de la clasificación ASA; valoración preanestésica y de la especialidad que sea necesaria; y programación previa de la cirugía, de los usuarios candidatos a la realización de la cirugía.	2
IV. Medicamentos e insumos	
17. Los medicamentos e insumos que se encuentran en el establecimiento: tienen fecha de caducidad vigente, cuentan con registro sanitario, se almacenan de acuerdo a las indicaciones del fabricante, en caso establecimientos privados, éste no cuenta con medicamentos del Sector Salud Público.	2
18. El establecimiento cuenta con libros de control de psicotrópicos y estupefacientes; así como de recetarios, autorizados por la autoridad sanitaria correspondiente.	—
19. En caso de manejar medicamentos controlados el establecimiento cuenta con mobiliario para la guarda y custodia de estos medicamentos	—
20. El establecimiento cuenta con la dotación oportuna y necesaria de medicamentos e insumos requeridos para su operatividad	2
21. Cuenta con un programa de control de temperatura y humedad para el área de almacenamiento de medicamentos	2
V. Lavado de manos	
22. En el establecimiento se cuenta con jabón antiséptico líquido, agua potable y toallas desechables para el lavado de manos	2
23. El personal de salud lleva a cabo el lavado de manos antes y después de revisar a cada paciente y/o en cada procedimiento	2
VI. Unidad quirúrgica	
24. Las salas de operaciones cuentan con acceso controlado para el personal de salud y de pacientes de otras áreas del establecimiento, con las siguientes características: zonas de transferencia que garanticen la asepsia, áreas delimitadas (blanca, gris), acabados sanitarios, tomas fijas de gases medicinales y el equipamiento que marca la normatividad vigente aplicable	2
25. En la comunicación de los vestidores y sanitarios de personal hacia el pasillo de circulación blanca, cuenta con un área de transferencia que permite mantener las condiciones de asepsia y ambiente estéril	2
26. En el pasillo de circulación blanca existe un lavabo para que el personal médico realice el lavado y asepsia prequirúrgica	2
27. La unidad quirúrgica tiene curvas sanitarias en los ángulos formados entre los muros y de éstos con el piso, así como materiales que favorezcan el aseo de esta área, y las paredes deben estar recubiertas de material de fácil limpieza que no tengan ranuras, orificios o poros, donde se pueda acumular polvo, cuenta con una zona de transferencia para el ingreso y egreso de pacientes	2
28. La(s) sala(s) de operaciones de la unidad quirúrgica cuenta con un sistema de ventilación artificial donde el aire sea inyectado en la parte superior y extraído en la parte inferior de la sala, con capacidad de llevar acabo de 20 a 25 cambios de volumen de aire filtrado por hora.	2
29. La(s) sala(s) de operación(es) de la unidad cuenta(n) con instalaciones fijas para suministrar oxígeno, óxido nítrico y aire, a partir de una central de gases, en óptimas condiciones de funcionamiento y mantenimiento.	
30. La(s) sala(s) de operaciones de la unidad cuenta(n) con dispositivos de succión de líquidos y secreciones con instalaciones fijas especiales o sistemas portátiles en óptimas condiciones de funcionamiento y mantenimiento.	2
31. La(s) sala(s) de operación(es) de la unidad quirúrgica cuenta(n) con el siguiente mobiliario y equipo, en adecuadas condiciones de funcionamiento: asiento, asiento giratorio con respaldo, brazo giratorio o su equivalente tecnológico, mesa riñón, mesa transportadora de material, mesa carro anestesiólogo, mesa quirúrgica, mesa Mayo con charola, portacubeta rodable, portalebrillo doble, riel portavenoclisis, equipo básico para anestesia, aspirador de succión regulable, unidad electroquirúrgica, estetoscopio, esfigmomanómetro, negatoscopio, reloj con segundero, lámpara para emergencias portátil, lámpara doble para cirugía, monitor de signos vitales:	2

electrocardiograma, presión arterial no invasivo, temperatura, oxímetro.	
32. La unidad quirúrgica cuenta con: cuarto séptico accesible a la recuperación postanestésica; locales para guardar equipo, ropa limpia y utilería de aseo; una mesa alta con tarja para hacer el lavado de los materiales e instrumental reutilizable, un área de recuperación y en ésta se encuentran el área de trabajo de enfermería y anestesiología	2
33. La central de enfermeras de la unidad quirúrgica (recuperación post-anestésica) cuenta con el siguiente mobiliario y equipamiento: mostrador escritorio, asiento carro de curaciones, despachador de toallas desechables, surtidor de jabón, lavabo (con agua potable), mesa Mayo con charola, mueble para guarda de insumos, sistema porta expedientes y baño de artesa (en el área pediátrica), carro rojo para adulto, pediátrico, lactante o neonatos y desfibrilador con monitor, caja Doayan, caja de desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, esfigmomanómetro aneroide (equivalente tecnológico), estetoscopio, estuche de diagnóstico, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portavenoclisis, termómetro, torundero, en óptimas condiciones de funcionamiento y mantenimiento.	2
34. El área de recuperación postanestésica cuenta con: equipo para aspiración controlada, con sistemas fijos o portátiles, así como tomas de oxígeno, de aire comprimido, y monitor de signos vitales, área específica para el estacionamiento de camillas, carro camilla para recuperación, elementos divisorios de material antibacteriano, riel portavenoclisis, en óptimas condiciones de funcionamiento y mantenimiento.	2
35. El personal egresa desde el área gris hacia el área negra	2
VII. Central de Esterilización y Equipos (CEyE)	
36. La CEyE cuenta con: una ventanilla de comunicación hacia el pasillo blanco, que comunica a la(s) sala(s) de operación(es), para la entrega material estéril, una ventanilla que la comunica con la circulación negra para la recepción de material prelavado y la entrega de material estéril a otros servicios del establecimiento.	2
37. La CEyE cuenta con el siguiente mobiliario y equipo: anaqueles para paquetes esterilizados, para de paquetes pre-esterilización, mueble para la guarda de insumos, mesa alta con tarja, mesa para preparación de paquetes, esterilizador y por lo menos una autoclave que se encuentra instalada de tal manera que para darle servicio de mantenimiento no se ingrese al local de CEyE	2
38. La Sub CEyE cuenta con anaqueles para guardar material estéril	2
VIII. Central de gases y planta de energía eléctrica	
39. Dispone de central de gases exclusiva para el suministro seguro e ininterrumpido de gases medicinales, la cual: está ubicada en una zona específica, cuenta con todas las facilidades para la carga y descarga de los contenedores, cuenta con todas las características de seguridad en sus instalaciones	2
40. Los cilindros únicamente se almacenan en la central de gases, todos los cilindros se encuentran fijos a la infraestructura	2
41. Cuentan con Planta de Energía Eléctrica, conectada a un sistema de emergencia.	2
IX. Agua	
42. El establecimiento cuenta con sistema de abastecimiento, cisterna o tinaco para almacenamiento, de agua potable, de acuerdo a la capacidad de atención	2
43. Se cuenta con procedimiento, programa y registros de monitoreo de cloro residual en las diferentes áreas del establecimiento	2
44. Se realizó determinación de cloro residual en los siguientes puntos (al menos cuatro puntos incluyendo la cisterna o depósito, a la salida de la misma y en otros puntos de la red de distribución interna)	

Número de muestra	Localización del punto de muestreo	Resultado
QUIROFANO 1	QUIROFANO 1	1.0 ppm
	HABITACION 2	1.0 ppm
	LAVADO MANOS ENTRADA QUIROFANO	1.0 ppm
	SERVICIOS SANITARIOS COMUNES	1.0 ppm

45. Se realiza limpieza y mantenimiento a las cisternas por lo menos una vez al año	2
X. Residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI)	
46. Se cuenta con contrato con empresa recolectora de R.P.B.I. vigente, así como de los manifiestos de recolección	2
47. En las áreas del establecimiento se separan y envasan los residuos peligrosos biológico infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, sin mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o peligrosos	2
48. Cuenta con almacén temporal para el manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos, separado de las diferentes áreas del establecimiento, se encuentra techado, cuenta con señalamientos o letreros alusivos a la naturaleza de los residuos, con acceso controlado y sin riesgos de inundación e ingreso de animales	2
49. En el establecimiento se cuenta con programa de contingencias en caso de derrames, fugas o accidentes durante el manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos	2

OBSERVACIONES GENERALES

1) CUENTA CON TRAMITE DE LICENCIA SANITARIA. 3) CUENTA CON TRAMITE DE AUTORIZACION DE RESPONSABLE.

SE ANEXA CONSTANCIA DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LA ORDEN DE VERIFICACION DONDE SE CONSTATA QUE SE CUENTA CON LO QUE SE SOLICITA.

Medidas de Seguridad		(Marque con una X)
1. Se aplica medida de seguridad	SI	☒
2. Aseguramiento de productos u objetos	SI	☒
2.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento:		
3. Suspensión de trabajos o servicios	SI	☒
3.1 Número de folio de los sellos de suspensión:		



4. Reubicación de sellos	SI	NO
4.1 Número de folio de sello(s) reubicado(s):		
5. Se anexa documentación	SI	NO
5.1 Número de anexos:	Describir:	

Leído lo anterior, se hace saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga en relación con los hechos contenidos en el acta; o bien, por escrito hacer uso de tal derecho dentro del término de cinco días hábiles a partir del día siguiente de la presente diligencia. En uso de la palabra el C. MAURICIO VERGARA DE VIVERO hace constar que recibe original de la presente orden, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite objeto de la presente acta y que identificó plenamente al(los) verificador(es) para tal efecto, y con relación a los hechos que se asientan en la misma manifiesta lo siguiente:

Estoy de Acuerdo

[Firma manuscrita]

Previa lectura del acta de verificación ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurrir los falsos declarantes ante la autoridad administrativa, la presente diligencia se cierra siendo las 14 horas con 30 minutos del día 13, mes NOVIEMBRE, de 20 19, firmando los que en ella participan para todos los efectos legales a que haya lugar, dejándose copia de todo lo actuado consistente en 6 hojas en poder del C.

MAURICIO VERGARA DE VIVERO

INTERESADO

[Firma]
MAURICIO VERGARA DE VIVERO
Nombre y firma

TESTIGO

[Firma]
Erika Marisol Ortiz Sanchez
Nombre y firma

TESTIGO

[Firma]
Rosa Elvira Sanchez García
Nombre y firma

VERIFICADOR SANITARIO

[Firma]
DR. MARIO LUIS ARMENDARIZ C
Nombre y firma

VERIFICADOR SANITARIO

[Firma]
Nombre y firma

VERIFICADOR SANITARIO

[Firma]
Jorge Gomez Cordero
Nombre y firma



COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA

**ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS
QUE ATIENDEN O REALIZAN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

En CD. REYNOSA, TAM. siendo las 10:51 horas del día 12 del mes de NOVIEMBRE de 2019, en cumplimiento a la orden de verificación sanitaria número SS/0392/2019 de fecha 11 de NOVIEMBRE de 2019, emitida por LIC. ADALBERTO ELIZONDO R. en su carácter de COORDINADOR REGIONAL, el(los) Verificador(es) OPMARIOLA ARMENDARIZ C. Y JORGE GOMEZ ORTIZ adscrito(s) a la Comisión de Operación Sanitaria, quien (es) se identifica(n) con credencial(es) número(s) R-28 Y 60 con fotografía, vigente(s) al 31 DICIEMBRE 2019 expedida(s) el ENERO 2019 Y 12 AGOSTO 2019, por el DR. OSCAR VILLA GARZA en su carácter de COMISIONADO ESTATAL, que me(nos) acredita(n) como verificador(es) sanitario(s) con fundamento en los Artículos 4 fracción II inciso d, 11 fracciones IX, XI y XIV, y 15 fracción IV del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y 396, 399 400 y 401 fracción I de la Ley General de Salud. Constituido(s) en el establecimiento denominado HOSPITAL LOS LAGOS, con RFC HLA110309246, ubicado en la calle de SALTILLO, número 155, Colonia RODRIGUEZ, Delegación o Municipio REYNOSA, Código Postal 88630, correo electrónico finanzas@hospitalloslagos.com, teléfono, 8999244170, fax _____, circunstancias que constaté(amos) visualmente y solicitando la presencia del propietario o representante legal, responsable, encargado u ocupante que atiende la visita, dijo llamarse MAURICIO VERGARA DE VIVERO y se identifica con CREDENCIAL IFE, con domicilio en C. NARANJOS #100 FRACC. VILLALBA NOROCCIDENTAL y manifiesta ser el REPRESENTANTE LEGAL del establecimiento, quien recibe original de la presente orden, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite, en términos del artículo 399 de La Ley General de Salud, se le exhorta para que corrobore que la(s) fotografía(s) que aparece(n) en ficha(s) credencial(es) concuerda(n) con los rasgos fisonómicos del(los) que actúa(n). Acto seguido se le hace saber el derecho que tiene para nombrar a dos testigos de asistencia, y en caso de no hacerlo, éstos serán designados por el(los) propio(s) verificador(es), quedando nombrados como testigos por parte del C. MAURICIO VERGARA DE VIVERO, quienes deberán estar presentes durante el desarrollo de la visita, el C. ROSA ELVIRA SANCHEZ GARCIA quien se identifica con CREDENCIAL IFE, con domicilio en C. DELTA #330 COL. JOSE LOPEZ PORTUO y el C. ERIKA MARICEL ORTIZ SANCHEZ quien se identifica con CREDENCIAL IFE con domicilio en C. HAWAII #173 COL. LA CANADA.

Acto seguido y habiéndose identificado plenamente los participantes en esta diligencia, en presencia de los testigos se le hace saber el objeto y alcance de la visita que se indica en la orden de verificación descrita anteriormente, y visto el contenido se procede a practicar la diligencia de verificación sanitaria en el establecimiento en los términos siguientes:

Objeto y alcance de la orden de visita sanitaria (Transcribir)

VERIFICACION SANITARIA GENERAL POR REVALIDACION DE LICENCIA SANITARIA SOLICITANDO OCU-
MENTACION

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA:

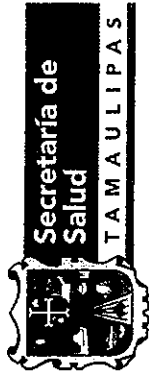
Nombre del propietario del establecimiento o representante legal: MAURICIO VERGARA DE VIVERO

Nombre, profesión y cargo de la persona que dirige el establecimiento: EMMA PATRICIA ALFARO GUERRERO

Con giro o actividades de UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA

Tipo de establecimiento: Público _____ Social _____ Privado X

ANESTESIOLOGIA
RESPONSABLE SANITARIO



Comisión Estatal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios



Folio No.

02965

Fecha de expedición:
09 / MAR / 2012
DÍA MES AÑO

Nombre del Responsable y/o Razón social

C. DRA. EMMA PATRICIA ALFARO GUERRERO

Actividad que realiza

UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA

Ubicación

REYNOSA, TAM.

Calle y número

SALTILLO No. 155. COL RODRIGUEZ

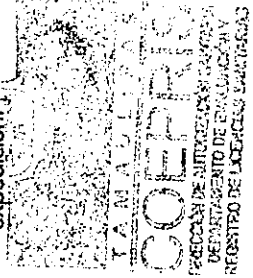
Código Postal

88630

Denominación del giro

"HOSPITAL LOS LAGOS", S.A. DE C.V.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 370 de la Ley General de Salud; Artículo 26 de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas y en el Artículo 221 del Reglamento de la Ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se otorga la presente Licencia Sanitaria con vigencia de DOS AÑOS, a partir de su fecha de expedición.



Dr. José Norberto Treviño y García Manzo
Secretario de Salud y Director General
del OPD Servicios de Salud en Tamaulipas





GOBIERNO DEL ESTADO DE TAMAULIPAS
SECRETARIA DE FINANZAS
SUBSECRETARIA DE INGRESOS
DIRECCION DE RECAUDACION.
RFC: SFG210216AJ9



**Boleta de pago, Recaudación OPD,
Formato para pago en Ventanilla Bancaria**

Folio de pago : 1716079

Fecha Trámite : 13/02/2018

Formato Válido hasta: 19/03/2018

COMISION ESTATAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COEPRIS)

Nombre:HOSPITAL LOS LAGOS, SA DE CV.

Curp:

RFC:HLA1103092H6

Referencia1: COORD. JURISDICCIONAL IV REYNOSA

Datos del Representante Legal

Nombre:

RFC:

Curp:

Cantidad	Descripción	Referencia	Importe
1	AUTORIZACION DE RESPONSABLE SANITARIO		\$ 806.00
1	LICENCIA SERVICIOS PRIVADOS HOSPITALIZACION		\$ 806.00
1	VISITA DE VERIFICACION SANITARIA A PETICION DE PARTE		\$ 806.00

Total Pagar: \$ 2,418.00

Línea de captura Bancaria : 1351 0171 6079 1940 9291

BANCOMER 1094866

BANORTE 29153

HSBC 7854

SANTANDER 1536

SCOTIABANK 1270

BANAMEX 3052/01

Imprimir en dos (2) tantos el formato; uno para el pagador y otro para la dependencia
Este recibo sólo será válido cuando figure en él la certificación de nuestro sistema, sello y firma del cajero.
Para validación de Pago o aclaraciones fiscales comunicarse al 01-800-710-65-84.

Firma del contribuyente o Representante legal



SALIR

[illegible]

Cd. Victoria, Tamaulipas, a 16 de enero de 2020.

Asunto: Remita documentación complementaria.

C. Dra. Emma Patricia Alfaro Guerrero.
Saltillo No. 155. Col. Rodríguez.
Reynosa, Tam.

En atención al trámite de Licencia Sanitaria del establecimiento denominado "Hospital Los Lagos", S.A. de C.V., a su cargo, al respecto, y con fundamento en lo establecido en los artículos 5º, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 45, 48, 51, 368 y 371 de la Ley General de Salud; 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 69, 87 y 90 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de anestesiología y Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, solicito a usted se fije un plazo de 10 días hábiles contados a partir del siguiente en que surta efectos la notificación del presente, a fin de que se exhiba siguiente documentación:

1. 2 fotografías tamaño infantil de la responsable.
2. Alta ante la S.H.C.P.
3. Programa médico que incluya relación de Cirugías Plásticas a realizar.
4. Relación **completa** del personal Médico con roll de guardias y de Enfermería que incluya título y cédula ya que solo presentan cartas de pasantes o títulos de técnicos en enfermería.
5. Información respecto al seguro contratado en Colombia.
6. Copia de Licencia Sanitaria o Acuerdo Notariado de prestación de Servicios de Farmacia, Banco de Sangre o Servicio de Transfusión Sanguínea y Dietología.
7. Papel membretado que incluya Estudios preoperatorios, valoraciones pre-operatorias (cirujano, anestesiólogo, cardiólogo, etc.), nota médica del trans-operatorio, hoja de control de anestesia, registros de enfermería, Nota de egreso firmada por el médico responsable del paciente.

Es importante hacer de su conocimiento que los planos arquitectónicos que anexan al trámite, serán enviados a Ingeniería Sanitaria en el Estado para su validación.

En espera de la documentación requerida para dar continuidad al trámite intentado, quedo de usted.

A t e n t a m e n t e.

Sufragio Efectivo. No Reección.

**El Comisionado Estatal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios.**


Dr. Oscar Villa Garza.



CONVENIO PARA INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL DE HEMOCOMPONENTES

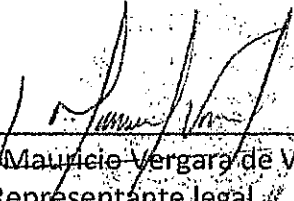
El presente convenio de "Intercambio de Hemocomponentes" se celebra por parte del Banco de Sangre de CHRISTUS MUGUERZA Hospital Reynosa representado por el Dr. José Luis Salinas González y por la parte del Hospital Los Lagos S.A de C.V representado por el Dr. Mauricio Vergara de Vivero.

Establecen los Bancos de Sangre mencionados que están legalmente autorizados para ejercer sus funciones y que disponen de programas para el abastecimiento permanente de sangre y derivados en sus instituciones.

El presente convenio se establece con la finalidad de brindar apoyo mutuo en los casos extraordinarios que requieran grandes cantidades de sangre o sangre de tipos poco comunes, comprometiéndose ambas partes de común acuerdo, a lo siguiente:

- En caso de presentar alguna urgencia, las partes podrán, en la medida de sus posibilidades, realizar préstamos o intercambios de componentes sanguíneos entre sí.
- Ambas partes se obligan a respetar los requerimientos administrativos correspondientes, así como las normas de seguridad y transporte establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos".
- Estando de acuerdo ambas partes del contenido y alcance del presente convenio, lo firman de conformidad el día 03- de agosto- del 2017-dos mil diecisiete en la ciudad de Reynosa, Tamaulipas, México, quedando asentadas sus respectivas firmas, para la validez y legalidad del mismo.


Dr. Jose Luis Salinas González
Director médico
CHRISTUS MUGUERZA Hospital Reynosa


Dr. Mauricio Vergara de Vivero
Representante legal
Hospital Los Lagos S.A de C.V



**Hospital
Los Lagos**
Tu bienestar es nuestra prioridad
Saltillo No. 355 Colonia Rodriguez, Reynosa, Tamps. CP. 88630
Tel: (299) 924470 o 79
www.hospitalloslagos.com

CONVENIO PARA INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL DE HEMOCOMPONENTES

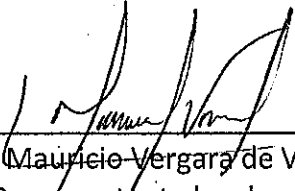
El presente convenio de "Intercambio de Hemocomponentes" se celebra por parte del Banco de Sangre de CHRISTUS MUGUERZA Hospital Reynosa representado por el Dr. José Luis Salinas González y por la parte del Hospital Los Lagos S.A de C.V representado por el Dr. Mauricio Vergara de Vivero.

Establecen los Bancos de Sangre mencionados que están legalmente autorizados para ejercer sus funciones y que disponen de programas para el abastecimiento permanente de sangre y derivados en sus instituciones.

El presente convenio se establece con la finalidad de brindar apoyo mutuo en los casos extraordinarios que requieran grandes cantidades de sangre o sangre de tipos poco comunes, comprometiéndose ambas partes de común acuerdo, a lo siguiente:

- En caso de presentar alguna urgencia, las partes podrán, en la medida de sus posibilidades, realizar préstamos o intercambios de componentes sanguíneos entre sí.
- Ambas partes se obligan a respetar los requerimientos administrativos correspondientes, así como las normas de seguridad y transporte establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos".
- Estando de acuerdo ambas partes del contenido y alcance del presente convenio, lo firman de conformidad el día 03- de agosto- del 2017-dos mil diecisiete en la ciudad de Reynosa, Tamaulipas, México, quedando asentadas sus respectivas firmas, para la validez y legalidad del mismo.


Dr. Jose Luis Salinas González
Director médico
CHRISTUS MUGUERZA Hospital Reynosa


Dr. Mauricio Vergara de Vivero
Representante legal
Hospital Los Lagos S.A de C.V

**Hospital
Los Lagos**
Tu bienestar es nuestra prioridad
Salillo No. 155 Colonia Rodriguez, Reynosa, Tamps. CP 88630
Tel (899) 9244170 o 79
www.hospitalloslagos.com

CONVENIO PARA INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL DE HEMOCOMPONENTES

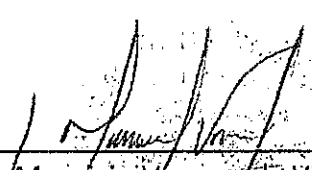
El presente convenio de "Intercambio de Hemocomponentes" se celebra por parte del Banco de Sangre de CHRISTUS MUGUERZA Hospital Reynosa representado por el Dr. José Luis Salinas González y por la parte del Hospital Los Lagos S.A de C.V representado por el Dr. Mauricio Vergara de Vivero.

Establecen los Bancos de Sangre mencionados que están legalmente autorizados para ejercer sus funciones y que disponen de programas para el abastecimiento permanente de sangre y derivados en sus instituciones.

El presente convenio se establece con la finalidad de brindar apoyo mutuo en los casos extraordinarios que requieran grandes cantidades de sangre o sangre de tipos poco comunes, comprometiéndose ambas partes de común acuerdo, a lo siguiente:

- En caso de presentar alguna urgencia, las partes podrán, en la medida de sus posibilidades, realizar préstamos o intercambios de componentes sanguíneos entre sí.
- Ambas partes se obligan a respetar los requerimientos administrativos correspondientes, así como las normas de seguridad y transporte establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos".
- Estando de acuerdo ambas partes del contenido y alcance del presente convenio, lo firman de conformidad el día 03- de agosto- del 2017-dos mil diecisiete en la ciudad de Reynosa, Tamaulipas, México, quedando asentadas sus respectivas firmas, para la validez y legalidad del mismo.


Dr. Jose Luis Salinas González
Director médico
CHRISTUS MUGUERZA Hospital Reynosa


Dr. Mauricio Vergara de Vivero
Representante legal
Hospital Los Lagos S.A de C.V



**Hospital
Los Lagos**
Tu bienestar es nuestra prioridad

Saltillo No. 355 Colonia Rodriguez, Reynosa, Tamps. C.P. 88630
Tel (899) 9244170 o 79
www.hospitalloslagos.com

CONVENIO PARA INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL DE HEMOCOMPONENTES

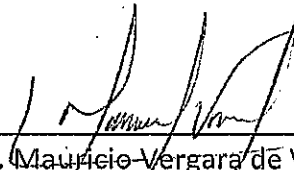
El presente convenio de "Intercambio de Hemocomponentes" se celebra por parte del Banco de Sangre de CHRISTUS MUGUERZA Hospital Reynosa representado por el Dr. José Luis Salinas González y por la parte del Hospital Los Lagos S.A de C.V representado por el Dr. Mauricio Vergara de Vivero.

Establecen los Bancos de Sangre mencionados que están legalmente autorizados para ejercer sus funciones y que disponen de programas para el abastecimiento permanente de sangre y derivados en sus instituciones.

El presente convenio se establece con la finalidad de brindar apoyo mutuo en los casos extraordinarios que requieran grandes cantidades de sangre o sangre de tipos poco comunes, comprometiéndose ambas partes de común acuerdo, a lo siguiente:

- En caso de presentar alguna urgencia, las partes podrán, en la medida de sus posibilidades, realizar préstamos o intercambios de componentes sanguíneos entre sí.
- Ambas partes se obligan a respetar los requerimientos administrativos correspondientes, así como las normas de seguridad y transporte establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos".
- Estando de acuerdo ambas partes del contenido y alcance del presente convenio, lo firman de conformidad el día 03- de agosto- del 2017-dos mil diecisiete en la ciudad de Reynosa, Tamaulipas, México, quedando asentadas sus respectivas firmas, para la validez y legalidad del mismo.


Dr. Jose Luis Salinas González
Director médico
CHRISTUS MUGUERZA Hospital Reynosa


Dr. Mauricio Vergara de Vivero
Representante legal
Hospital Los Lagos S.A de C.V

 **Hospital
Los Lagos**
Tu bienestar es nuestra prioridad
Saltillo No. 355 Colonia Rodriguez, Reynosa, Tamps. C.P. 88630
Tel (899) 9244170 o 79
www.hospitalloslagos.com

Reynosa, Junio 20 del 2018.

Sres.
Secretaria de Salud.
Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. "COEPRIS"
Jurisdicción Sanitaria de Reynosa.
Atte.: Dr. Rubén Sánchez Del Ángel.
E.S.D.

Asunto: Entrega de Documentación de conformidad para obtención de la Revalidación de la Licencia del Hospital Los Lagos S.A de C.V.

Después de varias reuniones con Ud., nos propusimos efectuar un cronograma, con el propósito de buscar la solución a las observaciones dadas por la entidad, con el propósito de obtener la revalidación de nuestra licencia de funcionamiento.

El Ingeniero Humberto Vergara Vergara, fue comisionado por nuestra institución para que adelantara, los procedimientos y concertara con dicha entidad los ajustes que se requerían para obtener el visto bueno de nuestras instalaciones.

En los actuales momentos nos encontramos terminando el cronograma adelantado para lograr el fin propuesto en el mes de Febrero, con lo cual estamos entregando a vuestra entidad toda la documentación exigida la cual hacemos una relación detallada de la misma, esperando que se cumpla con los requisitos exigidos y que han sido analizados en las reuniones celebradas en busca de lograr el objetivo.

Entregamos la documentación en original y tres copias, como nos fue exigida solicitando que se nos devuelva nuestra copia con el respectivo acuse de recibo y esperamos la visita de auditoria con el propósito de verificar la mejora en todas las áreas de nuestra entidad.

La documentación entregada esta bajo la siguiente relación:

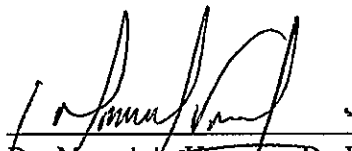
1. Análisis detallados de los problemas encontrados en la anterior visita.
2. Boleta de pago de los derechos de :
 - Autorización de responsable sanitario.
 - Licencia de servicios hospitalarios.
 - Visita de verificación sanitaria a petición de la parte.
3. Licencia Sanitaria anterior con número de folio 02965.
4. Constancia para el control de fauna nociva.
5. Misión y Visión de nuestra empresa.
6. Manual de identidad Corporativa.

7. Manual de procedimientos y vigilancia epidemiológicas.
8. Manual de sistema de Aislamiento.
9. Manual de prevención de infecciones intrahospitalarias.
10. Manual de higiene de manos.
11. Reglamento Interno de Trabajo debidamente inscrito de la Delegación de arbitramento de Reynosa.
12. Contratos de Prestación de servicio con Terceros, debidamente celebrados en los servicios que nuestra institución no los tiene como prestador directo.
13. Formatos utilizados en la institución, con el propósito de cumplir con las normas vigentes de archivo.
 - Hoja membretada de nuestra institución.
 - Historia clínica.
 - Consentimiento informado para la practica de intervención quirúrgica. Pagare a favor de la institución de salud.
 - Registros clínicos y tratamientos.
 - Recibo provisional de Caja
 - Recetario de los Doctores Carlos Humberto Vergara De Vivero, Dr. Mauricio Vergara De Vivero y Dra. Emma Patricia Alfaro, encargada sanitaria del hospital.
 - Recibo de honorarios de los doctores anteriormente mencionados.
 - Planos del Hospital con la localización del sistema de extintores, con localización.
 - Formatos de Mantenimiento, ordenes de compra y solicitud de servicios al hospital.
 - Utilización de nuestro logo en la ropa de trabajo.
14. Inventario actual que conforman el activo del Hospital los lagos S.A de C.V.
15. Inventario actual de medicamentos y material de curación por áreas del Hospital.
16. Organigrama de la empresa.
17. Hojas de vida, debidamente cotejadas de cada funcionario adscrito al cuerpo medico y administrativo de la entidad.
18. Planos de la entidad hospitalaria, debidamente aprobados por los servicios de Salud de Tamaulipas, Coordinación de protección contra riesgos sanitarios, Jurisdicción , de Reynosa N. IV. Con fecha 9 de Nov del 2010.

Agradezco de antemano la atención que se le presta a la presentación de dicha papelería, y estando dispuestos a la colaboración permanente en busca de mejorar en forma permanente para minimizar los riesgos de nuestros pacientes.

Con el mejor deseo de que la presente documentación reúna todos los requisitos exigidos por la entidad para lograr nuestro propósito, y siempre con la mejor disposición de acatar las sugerencias en beneficio de minimizar los riesgos de la población hospitalaria.

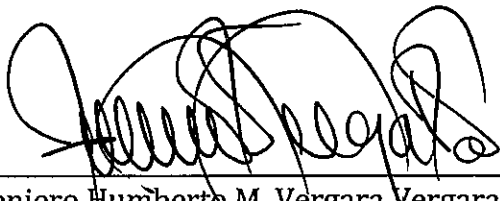
Atentamente.



Dr. Mauricio Vergara De Vivero
Director Medico del Hospital Los lagos S.A de C.V.



Hospital
Los Lagos
Tu bienestar es nuestra prioridad
Saltillo No. 155 Colonia Rodríguez, Reynosa, Tamps. CP 88630
Tel (899) 9244170 o 79
www.hospitalloslagos.com



Ingeniero Humberto M. Vergara Vergara
Asesor General Hospital Los Lagos S.A d C.V

Se recibe por parte de la entidad " COEPRIS "

Fecha: _____