

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
SUBDIRECCIÓN DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD**

16.3.3000-14AD380

PROPIETARIO	IMPULSORA DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA, S.A. DE C.V.
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN:	HOSPITAL VELMAR
DOMICILIO:	ARENAS NO. 151
COLONIA Y/O LOCALIDAD:	FRACC. PLAYA ENSENADA
DELEGACIÓN O MUNICIPIO:	ENSENADA
ENTIDAD FEDERATIVA:	BAJA CALIFORNIA
CP:	22880

LICENCIA SANITARIA No.

16-AM-02-001-0009

AUTORIZADO PARA

622111

ACTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VALIDA SIEMPRE Y CUANDO
NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA



DR. ALVARO HERRERA HUERTA
SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN SERVICIOS DE SALUD
COMISIÓN DE AUTORIZACIONES SANITARIAS

Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los órganos administrativos que en el mismo se indican, a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, artículo vigésimo primer inciso, que se delegan en la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud la facultad de expedir y promulgar las licencias y permisos sanitarios relacionados con las materias a que se refiere el artículo 3 fracción I incisos a y III del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

FECHA DE EXPEDICIÓN
09 de diciembre de 2016
POR TIEMPO INDETERMINADO DE CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 370 DE LEY GENERAL DE SALUD

ARTÍCULO 14 FRACCIÓN II INCISO C Y 14 FRACCIÓN DEL REGLAMENTO DE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
ESTA LICENCIA DEBERÁ ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO

013258 A/H/Y/H/N/M



GOBIERNO DEL ESTADO
LIBRE Y SOBERANO DE
BAJA CALIFORNIA

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

No. ARM-00224-2009

ENSENADA, BAJA CALIFORNIA 30 DE NOVIEMBRE DE
2009

En atención a su aviso de fecha 18 DE NOVIEMBRE DE 2009, con No. De Entrada 931109 y con fundamento en el artículo 200-bis, Artículo 18 del Reglamento en materia de prestación de Servicios de Atención médica de la Ley General de Salud y sin interferir con las disposiciones de otras Dependencias Oficiales, se expide el presente comprobante de Aviso de Responsable:

ESTABLECIMIENTO:

Nombre del Propietario: IMPULSORA DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA S.A. DE C.V.
Razón Social o Denominación: HOSPITAL VELMAR

RESPONSABLE SANITARIO:

NOMBRE: DR. JOEL VELASCO ARIZA
TITULO: CIRUJANO PEDIATRA
CEDULA PROFESIONAL: 3278147 HORARIO: LUNES A VIERNES 17:00-19:00 HRS

DOMICILIO:

Calle y No: ARENAS No. 151
Colonia: FRACC. PLAYA ENSENADA
Delegación o Municipio: ENSENADA
Localidad: ENSENADA
Entidad: BAJA CALIFORNIA

Giros de Acuerdo a Clave SCIAN

Clase: 62211
Giro: HOSPITALES GENERALES DEL SECTOR PRIVADO

Sello Oficial


C.P. ENRIQUE JAVIER AVILA AREVALO
TITULAR DE LA UNIDAD REGIONAL DE
PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

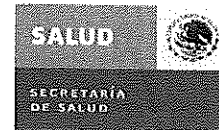
OBSERVACIONES:

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.

Calle Séptima No. 561 entre Gastelum y Miramar 3er Piso Local 7 y 8, Zona Centro



JCF



Avisos

No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)

NO. RUPA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA O COMPUTADORA

1. AVISO DE:			
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE CUENTA CON LICENCIA SANITARIA ☐	IMPORTACIÓN ☐	INFORME ANUAL ☐	PRÓRROGA DE PLAZO PARA AGOTAR EXISTENCIAS DE INSUMOS ☐
RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA ☒	EXPORTACIÓN ☐	MAQUILA ☐	ANOMALIA O IRREGULARIDAD SANITARIA ☐
ALTA ☐ MODIFICACIÓN ☐ BAJA ☒	PREVISIONES ☐		
HOMOCLEAVE DEL TRÁMITE: COFEPRIS-05-011	NOMBRE DEL TRÁMITE: AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO		
MODALIDAD DEL TRÁMITE: ALTA			

2. DATOS DEL PROPIETARIO:			
NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) IMPULSORA DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA S.A. DE C.V.		R.F.C. ISB-040324GTA	
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR ARENAS 151		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)	
LOCALIDAD ENSENADA	COLONIA FRACC. PLAYA ENSENADA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO ENSENADA	
ENTRE CALLE DUNAS	CÓDIGO POSTAL 2 2 8 8 0	ENTIDAD FEDERATIVA BAJA CALIFORNIA	TELÉFONO (S) 646-1734500
Y CALLE BUCANEROS		FAX	

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:																									
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO "HOSPITAL VELMAR"		R.F.C. ISB-040324-GTA																							
CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR ARENAS 151		C.U.R.P. (DATO OPCIONAL)																							
LOCALIDAD ENSENADA	COLONIA FRACC. PLAYA ENSENADA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO																							
ENTRE CALLE DUNAS	CÓDIGO POSTAL 2 2 8 8 0	ENTIDAD FEDERATIVA BAJA CALIFORNIA	TELÉFONO (S) 646-1734500																						
Y CALLE BUCANEROS		FAX																							
No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO ARM-0902008-E		R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN VEAJ470712N86																							
CLAVE S.C.I.A.N. 623011	DESCRIPCIÓN DEL S.C.I.A.N. COMERCIO AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS																								
231216N 20 DIC. 2016																									
HORARIO:		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES																							
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>DE</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td><td>DE</td> </tr> </table>		D	L	M	M	J	V	S	DE	D	L	M	M	J	V	S	DE	<table border="1"> <tr> <td>24</td><td>03</td><td>04</td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> </table>		24	03	04	DÍA	MES	AÑO
D	L	M	M	J	V	S	DE																		
D	L	M	M	J	V	S	DE																		
24	03	04																							
DÍA	MES	AÑO																							
INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO																									
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)																						
IOEL VELASCO ARIZA		VEAJ470712HOFRL02																							
		CORREO ELECTRÓNICO velascoj@me.com																							
PERSONA AUTORIZADA		NOMBRE COMPLETO	C.U.R.P.																						
		(DATO OPCIONAL)																							
		CORREO ELECTRÓNICO																							

¡IMPORTANTE! UTILICE UN FORMATO POR CADA TIPO DE TRÁMITE

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO.

SSA-06-002 AVISO DE FUNCIONAMIENTO

02/13/05

LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA.

1.- DATOS DEL PROPIETARIO:

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FISICA O MORAL

FARVEL ARRENDAMIENTO

DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR.

ARENAS

DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO.

ENSENADA

AL PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO.

S.S.A. DE C.V.

R.F.C.

FA R 90 04 11 97 96

NUMERO O LETRA INTERIOR.

151

COLONIA O LOCALIDAD.

PLAYA ENSENADA

CODIGO POSTAL.

212 18 10

ENTIDAD FEDERATIVA.

BAJA CALIFORNIA

TELEFONO (S)

646173450

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL.

DR. JOEL VELASCO ARIZA

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL

IMPULSORA DE SALUD DE

DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR.

ARENAS

DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO.

ENSENADA

BAJA CALIFORNIA S.A. DE C.V.

NUMERO O LETRA INTERIOR.

151

COLONIA O LOCALIDAD.

PLAYA ENSENADA

CODIGO POSTAL.

212 18 10

ENTIDAD FEDERATIVA.

BAJA CALIFORNIA

TELEFONO (S) Y O FAX

646 173 45 00

3.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO



COMERCIO AL POR MENOR DE ANTEOJOS Y ACCESORIOS.



SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL



CENTROS DE TATUAJE.



DISPOSICION DE CADAVERES.

DE ATENCION MEDICA



AMBULANCIAS.



CONSULTORIOS.



CLINICAS DENTALES.



HOSPITALES DONDE NO SE PRACTICAN ACTOS OX O OBSTET.



LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS.

NUMERO DE LA CLASE DE LA CLASIFICACION MEXICANA DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS.

NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL DEL RESPONSABLE SANITARIO.

223492

FECHA DE INICIO DE LABORES.

2/4

DIA

6/3

MES

6/4

ANO

3.1.- EN EL CASO DE AMBULANCIAS:

Nº	MARCA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

MODELO	Nº DE PLACAS	Nº DE MOTOR	URGENCIAS
			EQUIP. ADA NO EQUIP.

Declaro bajo protesta de decir verdad, 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.

LUGAR Y FECHA.

ENSENADA B.C. 20 ENERO 2005

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

DR. JOEL VELASCO ARIZA



SSA-06-002

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CORRESPONDIENTE. SO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERA ANEXARLA PARA EL ACUSE

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTAR CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 54-80-20-00, 01-800-001-48-00, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANAL SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, D.F. O AL 57-11-4 FOMENTO SANITARIO DE ISALUD. EN MEXICO