



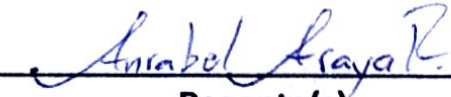
COLEGIO DE MICROBIOLOGOS Y QUIMICOS CLINICOS DE COSTA RICA

≡ CERTIFICADO DE REGENCIA ≡

El Doctor: Anrabel Araya Rivera, Código 1649, es regente del
Establecimiento: Laboratorio Celebration Life Sciences
Situado: Centro Comercial Avenida Escazú, Torre 202, cuarto piso, local 401, San Rafael, Escazú, San José
Horario de Regencia: lunes a viernes de 6:30 a.m. a 12:30 p.m.
Horario del Establecimiento: lunes a viernes de 6:30 a.m. a 12:30 p.m.
Propietario: Celebration Wellness S.A
Regencia Compartida: No
Fecha de Vencimiento: 6 días del mes de marzo del 2025



Dra. Fabiola Jiménez Rodríguez
Fiscal (Período: 2022-2023)



Regente(s)

Este certificado debe mantenerse en lugar visible al público SJ-563





COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA

FISCALIA

Teléfonos: 40011949 ext. 108-109 Correo Electrónico: fiscalia@microbiologos.cr
www.microbiologos.cr

CERTIFICA QUE:

Laboratorio Celleration Life Sciences, está inscrito y autorizado en el Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica para funcionar en la modalidad como laboratorio clínico y especializado, desde el 6 de marzo de dos mil veintitrés, código SJ-563, con dirección Avenida Escazú, Torre 202, cuarto piso, local 401, San Rafael, Escazú, San José

Este establecimiento es propiedad de Celleration Wellness S.A, según consta en el Tomo III, Folio 166.

El horario del establecimiento es de lunes a viernes de 6:30 a.m. a 12:30 p.m.

El Laboratorio está regentado por el Dr. Anrabel Araya Rivera, código MQC-1649, con un horario de regencia de lunes a viernes de 6:30 a.m. a 12:30 p.m.

Que la Regencia tiene un plazo de vencimiento hasta el día 6 de marzo del año 2025.

Se extiende, en la ciudad de San José el
dieciséis de marzo del dos mil veintitrés a
solicitud del interesado

ANA LUCIA
AGUILAR
RIVERA (FIRMA)

Firmado digitalmente por ANA LUCIA
AGUILAR RIVERA (FIRMA)
Nombre de reconocimiento (DN):
serialNumber=CPF-01-0637-0112,
sn=AGUILAR RIVERA, givenName=ANA
LUCIA, c=CR, o=PERSONA FISICA,
ou=CIUDADANO, cn=ANA LUCIA AGUILAR
RIVERA (FIRMA)
Fecha: 2023.03.16 15:48:31 -06:00

Dra. Ana Lucía Aguilar Rivera
Fiscal Auxiliar

Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica

Cc. Expediente
Archivo



COLEGIO DE MICROBIOLOGOS Y QUIMICOS CLINICOS DE COSTA RICA

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

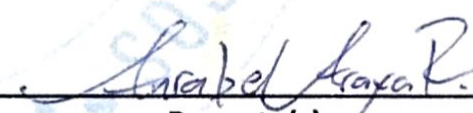
El Doctor: Anrabel Araya Rivera, Código 1649, es regente del
Establecimiento: Laboratorio Celleration Life Sciences
Situado: Centro Comercial Avenida Escazú, Torre 202, cuarto piso, local 401, San Rafael, Escazú, San José
Horario de Regencia: lunes a viernes de 6:30 a.m. a 12:30 p.m.
Horario del Establecimiento: lunes a viernes de 6:30 a.m. a 12:30 p.m.

Según Acuerdo N° 24 aprobado por Junta Directiva en fecha 10 de febrero del 2014 y Acuerdo 63 de Junta Directiva, Sesión 30:2022-2023, cumple con los requisitos para la preparación de Plasma Humano Rico en Factores de Crecimiento.

Fecha de Emisión: 7 días del mes de marzo del 2023
Fecha de Vencimiento: 7 días del mes de marzo del 2025



Dra. Fabiola Jiménez Rodríguez
Fiscal (Período: 2022-2023)



Regente(s)

Este certificado debe mantenerse en lugar visible al público SJ-563



FIRMA DEL SOLICITANTE O
DE SU PRESENTANTE LEGAL:

41 AUTENTICACIÓN:

C. INFORMACIÓN DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO O UNIDAD MÓVIL DE SERVICIOS DE SALUD.

42	NOMBRE DEL PROPIETARIO (Persona física o razón social): CELEBRATION WELLNESS, S.A.	43	No. DE IDENTIFICACIÓN: 3-101-851301		
44	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Solo en caso de persona jurídica): TIMOTHY RYAN KOPATICH	45	No. DE IDENTIFICACIÓN: 567184570		
46	CORREO ELECTRÓNICO: tim.kopatich@celebrationlifesciences.com	47	APARTADO POSTAL: NA		
48	TELÉFONO: 2208-8755	49	FAX: NA	50	MEDIO DE NOTIFICACIÓN: correo electrónico

D. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL CASO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

51	NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO: Mariella Murillo Castillo				
52	No. DE IDENTIFICACIÓN: 113370329	53	PROFESIÓN: Médico y Cirujano General	54	CÓDIGO PROFESIONAL: 12318
55	CORREO ELECTRÓNICO: mariella.murillo@celebrationwellness.com	56	APARTADO POSTAL: NA		
57	TELÉFONO: 8859-0392	58	FAX: NA	59	MEDIO DE NOTIFICACIÓN: correo electrónico

E. PARA USO EXCLUSIVO DEL MINISTERIO DE SALUD.

60	CÓDIGO CIU.4 VERIFICADO Actividad Principal: 8620.1.01	61	CÓDIGO(S) CIU.4 VERIFICADO Actividad(es) Accesorias:	62	GRUPO DE RIESGO A () B (X) C ()
63	REQUISITOS DE LA SOLICITUD: La solicitud cumple con todos los requisitos dispuestos en el reglamento vigente para el tipo de permiso solicitado: ☒ SÍ () NO ()				
64	Nº DE SOLICITUD: 216-23	67	SELLO:		
65	FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD: Mariella Murillo Castillo				
66	FECHA Y HORA DE RECIBIDO DE SOLICITUD: 28/03/2023 15.11				

F. USO EXCLUSIVO PARA SOLICITUDES DEL PERMISO POR PRIMERA VEZ PARA TODAS LAS ACTIVIDADES Y SOLICITUDES DE RENOVACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL GRUPO C.

El presente formulario con la debida firma del funcionario que recibe la solicitud y sello de la DARS constituirá el certificado del permiso.



PERMISO DEL MINISTERIO DE SALUD

No. 13060-23
FECHA: 28 / marzo / 2023

Tiene validez de 05 año(s).

Fecha vencimiento: 28 / marzo / 2028

Funcionario que aprueba la solicitud:

Firma:

SELLO



[Handwritten Signature]

40	FIRMA DEL SOLICITANTE O DE SU PRESENTANTE LEGAL:	<i>[Handwritten Signature]</i>	41	CONSTANTE DE AUTENTICACIÓN:	
----	--	--------------------------------	----	-----------------------------	--

C. INFORMACIÓN DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO O UNIDAD MÓVIL DE SERVICIOS DE SALUD.

42	NOMBRE DEL PROPIETARIO (Persona física o razón social):	Celebration Wellness S.A.	43	No. DE IDENTIFICACIÓN:	3-101-851301
44	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Solo en caso de persona jurídica):	Timothy Ryan Kopatich	45	No. DE IDENTIFICACIÓN:	567184570
46	CORREO ELECTRÓNICO:	victor.morgan@celebrationlifesciences.com	47	APARTADO POSTAL:	N/A
48	TELÉFONO:	6200 0031	49	FAX:	N/A
50	MEDIO DE NOTIFICACIÓN:	correo electrónico			

D. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL CASO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

51	NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:	Anrabel Araya Rivera						
52	No. DE IDENTIFICACIÓN:	114080714	53	PROFESIÓN:	Microbiólogo	54	CÓDIGO PROFESIONAL:	1649
55	CORREO ELECTRÓNICO:	anrabel27@gmail.com	56	APARTADO POSTAL:	N/A			
57	TELÉFONO:	8897 0579	58	FAX:	N/A	59	MEDIO DE NOTIFICACIÓN:	correo electrónico

E. PARA USO EXCLUSIVO DEL MINISTERIO DE SALUD.

60	CÓDIGO CIU.4 VERIFICADO Actividad Principal:	61	CÓDIGO(S) CIU.4 VERIFICADO Actividad(es) Accesorias:	62	GRUPO DE RIESGO A () B () C ()
63	REQUISITOS DE LA SOLICITUD: La solicitud cumple con todos los requisitos dispuestos en el reglamento vigente para el tipo de permiso solicitado: ☒ SÍ () NO ()				
64	Nº DE SOLICITUD:	19223	67	SELLO:	<i>[Stamp]</i> 14 MAR 2023
65	FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD: <i>[Handwritten Signature]</i>				
66	FECHA Y HORA DE RECIBIDO DE SOLICITUD: 14/03/23 12:55				

F. USO EXCLUSIVO PARA SOLICITUDES DEL PERMISO POR PRIMERA VEZ PARA TODAS LAS ACTIVIDADES Y SOLICITUDES DE RENOVACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL GRUPO C.

El presente formulario con la debida firma del funcionario que recibe la solicitud y sello de la DARS constituirá el certificado del permiso.			PERMISO DEL MINISTERIO DE SALUD	
	No. <u>18026-23</u>			
	FECHA: <u>14</u> / <u>marzo</u> / <u>2023</u>			
	Tiene validez de <u>02</u> año(s).			
	Fecha vencimiento: <u>14</u> / <u>marzo</u> / <u>2025</u>			
Funcionario que aprueba la solicitud:		<i>[Handwritten Signature]</i>		
Firma:		<i>[Handwritten Signature]</i>		