



Ministerio
de **Salud Pública**

P.F. N°.: **0150-2016-I**

CERTIFICADO DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

CLASE DE RIESGO

De conformidad a lo establecido en la Ley Orgánica de Salud, se confiere el presente Permiso de Funcionamiento a:

CENTRO DE SALUD TIPO B - IESS COTACACHI

Nombre o razón social del establecimiento

UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA IESS COTACACHI

Propietario o representante legal del establecimiento

Código: **1,1,4** Tipo: **CENTRO DE SALUD - B**

Responsable técnico: **SOTO ENRIQUEZ MARIA EUGENIA**

Dirección:

Provincia: **IMBABURA** Cantón: **COTACACHI** Parroquia: **SAGRARIO**

Sector: **CALLE PEDRO MONCAYO 15-29 Y MODESTO PEÑAHERRERA**

Nro.: _____ Intersecciones: _____

Actividad (es) del establecimiento: **CONSULTA EXTERNA, MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGIA, LABORATORIO.**

Fecha de emisión: **19/05/2016**

Fecha de vencimiento: _____



[Signature]
Director (a) Provincial de Salud