



Ministerio
de **Salud Pública**

P.F. N°.: 021

CERTIFICADO DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO

SERVICIOS DE SALUD

CLASE DE RIESGO



De conformidad a lo establecido en la Ley Orgánica de Salud, y al informe de inspección N°: 014 emitido por la Comisión Técnica,
se confiere el presente Certificado a:

NIGSCH GEORG JOSEF

Nombre o razón social del establecimiento

DISPENSARIO MÉDICO NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE

Propietario o representante legal del servicio de salud

Código: _____ Tipo: **PUESTO DE SALUD**
ANDERSON AMANDA

Responsable técnico: _____

Dirección:

Provincia: **ZAMORA CHINCHIPE** Cantón: **ZAMORA** Parroquia: **GUADALUPE**

Sector: **JUNTO A LA IGLESIA** Calle principal: **MISION DE GUADALUPE**

Nro.: **5/N** Intersecciones: **VIA PRINCIPAL**

Actividad (es) del servicio: **SERVICIOS DE SALUD**

Fecha de emisión: **25 DE JULIO DEL 2014**

Fecha de vencimiento: **25 DE JULIO DEL 2015**

Dr. Manuel Albarracín

Director Provincial de Salud

