

# LICENCIA SANITARIA

## <<Licencia Sanitaria>>

### AUTORIZADA PARA:

Actividades a Realiza de Dispositivo médico que se le autoriza bajo las actividades descritas

NÚMERO DE EXPEDIENTE:  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:  
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:  
FECHA DE EMISIÓN:

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

### VENCIMIENTO

**Día de Final de  
Vigencia/Número de  
Mes final de  
Vigencia/Año de Final  
de Vigencia**

FIRMA DE COMISIONADA PRESIDENTA

<<IMAGEN QR>>