

"NOMBRE DEL AÑO APROBADO OFICIAL"

ACTA DE CONFORMIDAD LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN SANITARIA

I. DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA IPRESS/SMA :

Nº DE RUC :

CODIGO ÚNICO DE RENIPRESS O JUN :

DIRECCIÓN :

FECHA DE VERIFICACIÓN SANITARIA :

II. LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES

Siendo el día..... del mes, del año, se procede a realizar el levantamiento de observaciones encontradas en la **Verificación Sanitaria** del día del mes, del año....., por haber subsanado las deficiencias encontradas en forma satisfactoria, por lo que, el Equipo Técnico da la **OPINIÒN FAVORABLE**, confirmando el levantamiento de observaciones.

.....

.....

Firma y sello del Equipo operativo evaluador en señal de conformidad al presente.

Gobierno Regional Junin
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
 MCI *Denisse Rosalinda Quispe*
 C.M.P. 76576
 DIRECTOR REGIONAL DE SALUD JUNIN


